ESSAI

N° 100.

SUR L'APOPLEXIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 août 1823, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J. G. VITRY, de Versailles,

Département de Seine-et-Oise ;

Bachelier ès-lettres de l'Académie de Paris.

Illa ars quæ sanitatem et longam vitam mortalibus promittit, dolores ac morbos propulsat, et ob præstantissimum usum planè divina est ; meritò ab omnibus incertis opinionibus, fictionibus et hypothesibus libera et immunis esse debet.

FRED. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1823.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU.
BÉCLARD.	FOUQUIER.
BERTIN, *Examinateur.*	GUILBERT.
BOUGON.	LAENNEC.
BOYER.	MARJOLIN.
CAYOL, *Examinateur.*	ORFILA.
CLARION.	PELLETAN fils.
DENEUX, *Examinateur.*	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX, *Suppléant.*	RICHERAND, *Président.*
DUMÉRIL.	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LELOUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT.	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kergaradec.
Alard.	Maisonnabe.
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron, *Examinateur.*	Parent du Chatelet, *Suppléant.*
Chomel, *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Cloquet aîné.	Ratheau.
Coutanceau.	Richard.
Delens.	Rullier.
Gaultier de Claubry.	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ESSAI

SUR L'APOPLEXIE.

Considérations générales.

Le cerveau, par sa structure délicate, par l'importance de ses fonctions, par la nature de la cavité dans laquelle il est contenu, est un des organes dont les maladies sont les plus terribles et le plus promptement mortelles.

Ses maladies ont été confondues long-temps entre elles; elles ont présenté dans leur diagnostic un vague, une incertitude dont la science est à peine dégagée, même à l'époque actuelle, où l'anatomie pathologique a porté son flambeau dans nos organes, et nous a éclairés sur leurs altérations. Le célèbre *Morgagni*, qui, après *Wepfer*, est un des premiers qui nous aient donné des observations claires et précises, n'a pas été lui-même exempt des erreurs de son siècle; mais il a mis sur la voie de la vérité par l'admirable exactitude avec laquelle il a rapporté les faits. Il a établi le point duquel sont partis les observateurs qui l'ont suivi, et auxquels nous devons les nombreuses et savantes recherches qui ont été faites depuis plusieurs années sur les maladies du cerveau. M. *Rochoux*, et plusieurs autres médecins, dans de bonnes monographies, avaient déjà bien décrit l'épanchement sanguin dans le cerveau, et donné quelque idée de son ramollissement ou de son inflammation; mais il était surtout

réservé à M. *Lallemand*, de nous montrer les symptômes propres à chacune de ces maladies dans leurs nuances les plus délicates, et d'isoler ainsi le diagnostic d'affections que l'on a long-temps confondues, qui ont entre elles la plus grande analogie, et qui toutes reconnaissent les mêmes causes. C'est ainsi qu'il a su nous faire distinguer la paralysie qui se manifeste à la suite de l'hémorrhagie, d'avec celle qui reconnaît pour cause l'inflammation de l'encéphale; les convulsions et le délire produits par l'inflammation de l'arachnoïde, de la roideur tétanique des muscles, et de l'état de somnolence que détermine le ramollissement ou l'inflammation du cerveau. Toutes ces nuances n'étaient pas senties; on attribuait à des anomalies ce qui était souvent le résultat d'affections différentes; et, lorsqu'on ne trouvait pas d'épanchement de sang ou de sérosité, on regardait comme dus à une *névrose apoplectiforme* les symptômes d'apoplexie qui reconnaissaient pour cause une inflammation dont on n'apercevait pas les traces, qui ne se manifestent souvent que par un ramollissement peu étendu, accompagné quelquefois d'un changement de couleur peu sensible de la substance cérébrale, et auquel d'ailleurs on n'attachait pas une grande importance. C'est cette affection que *Morgagni*, dans quelques observations de sa cinquième lettre, regarde comme l'apoplexie qui n'est ni sanguine ni séreuse, ne la soupçonnant pas due à une inflammation (1). Je

(1) Il est probable que dans les cas d'*apoplexies nerveuses*, lorsqu'on n'a pu se rendre compte des causes de la mort, elles n'en existaient pas moins dans la substance cérébrale. Ainsi la mort pouvait bien être due ou à un coup de sang, ou à un ramollissement avec infiltration de sang ou de pus dans la substance cérébrale. Cette infiltration, qui souvent est de la même couleur que le cerveau, le désorganise dans une étendue assez grande pour produire la paralysie, et pour ne laisser à l'examen qu'un ramollissement quelquefois peu étendu, qu'on pouvait fort bien ne pas remarquer. D'ailleurs, du temps de *Morgagni* on ne soupçonnait pas une pareille altération capable de produire la paralysie, que l'on attribuait à la compression plutôt qu'à la désorganisation d'un des points du cerveau.

n'en parlerai donc dans cet opuscule que relativement à ses rapports avec le commencement de l'hémorrhagie; et lorsque je trouverai le sang non encore réuni en foyers, infiltré seulement dans la substance du cerveau, c'est-à-dire comme le point de contact entre le coup de sang et l'hémorrhagie cérébrale. Ainsi je nommerai *apoplexie* l'effort hémorrhagique sans épanchement, appelé *coup de sang*, et celui avec épanchement, que l'on a désigné sous le nom d'*hémorrhagie cerébrale*; et comme ces deux maladies sont identiques par leur nature, que la seconde n'est qu'un degré, une modification de la première, je réunirai en un même faisceau les causes de chacune; je les considérerai isolément dans quelques-uns de leurs symptômes et de leurs résultats cadavériques, et je m'étaierai de ces résultats pour faire ressortir l'analogie qui existe entre elles, et montrer que ce qui n'est qu'un coup de sang aurait pu devenir une hémorrhagie, si certaines dispositions du cerveau eussent déterminé une rupture dans les vaisseaux déliés de cet organe.

Je ne dirai rien de l'apoplexie séreuse, la regardant comme le résultat d'une inflammation de l'arachnoïde.

Je n'ai pas la prétention d'ajouter beaucoup à ce qu'ont écrit les observateurs qui ont traité de l'apoplexie; mon intention est de mettre ici à profit les observations qui me sont propres, et de rapprocher sous un même point de vue deux affections véritablement semblables par leur nature, par les phénomènes de leur invasion, et par leur terminaison si souvent funeste. Parmi les auteurs qui ont écrit sur l'apoplexie, les uns n'ont point établi entre les deux modifications de la même maladie la ligne de démarcation qui existe entre elles, relativement à quelques symptômes, et surtout aux différences qu'elles présentent sur le cadavre. M. *Rochoux*, au contraire, a suivi une route différente. Bien loin de considérer le coup de sang comme une apoplexie, il ajoute que l'un n'est même pas un degré de l'autre, et il attribue à une syncope la mort qui survient dans des cas semblables, plutôt que de lui donner pour cause la compression qui ré-

sulte du coup de sang, qu'il ne paraît pas regarder comme une maladie mortelle (1).

J'ai été quelque temps incertain sur le plan de cette dissertation, et sur la manière de distribuer mes observations, et de les classer avec quelques-unes que j'ai tirées des auteurs. Celui que j'ai adopté me paraît plus convenable pour le développement de cette proposition, que : l'hémorrhagie cérébrale est toujours précédée ou accompagnée d'une congestion brusque, qui peut se terminer par la mort instantanée, résultant de la compression générale du cerveau, par sa compression ou sa désorganisation partielles, déterminées par un épanchement plus ou moins considérable dans sa propre substance. Ainsi, je crois donc arriver plus sûrement au but que je me propose en faisant d'abord, dans le premier chapitre, une analyse succincte des opinions émises jusqu'ici par les auteurs sur la cause et la nature de l'apoplexie. Je rangerai ensuite les observations que je présente selon l'ordre que semble suivre la nature dans la maladie qui nous occupe. Ainsi je commencerai, 1.° par les observations de coup de sang ; 2.° j'en citerai quelques-unes dans lesquelles on voit le sang infiltré, et pas encore réuni en foyers; 3.° enfin de cette nuance intermédiaire je passerai tout naturellement à celles qui présentent l'épanchement sanguin bien caractérisé, et formant des collections plus ou moins considérables. Cette espèce de cadre nosologique, en présentant d'abord un tableau de la maladie sous ses différens points de vue et sous ses nuances diverses, me donnera en outre la facilité de pouvoir m'appuyer,

---

(1) M. *Rochoux* n'est-il pas trop exclusif, en n'appelant *apoplexie* que l'hémorrhagie du cerveau? n'aurait-il pas dû étendre au coup de sang, l'idée qu'il attache au mot *apoplexie*, pris dans sa plus simple expression, puisque ce mot signifie *frapper*, *abattre*, etc. ? Il me semble que l'effet du coup de sang est aussi instantané que celui de l'hémorrhagie, et que le premier peut bien être considéré aussi comme une véritable apoplexie, puisque les malades périssent comme frappés de la foudre.

pour le développement de quelques positions, sur des faits qui seront déjà connus ; et, de plus, l'ordre de cette dissertation ne sera pas interrompu à chaque instant par l'exposé d'observations qui, éparses et distribuées sans ordre, ne présenteraient pas l'unité que leur rapprochement doit offrir.

Le second chapitre contiendra les paragraphes suivans : 1.° définition ; 2.° description des symptômes, ainsi que de la marche et de la terminaison du coup de sang, de l'infiltration et de l'hémorrhagie cérébrales ; 3.° appréciation des symptômes, complications; 4.° causes.

Le troisième chapitre, qui sera consacré aux résultats de l'ouverture des cadavres, présentera l'examen des lésions du cerveau. Ainsi je décrirai successivement, 1.° l'injection vasculaire très-considérable; 2.° le ramollissement avec infiltration sanguine ; 3.° les foyers que se creuse dans le cerveau le sang qui résulte de l'hémorrhagie ; 4.° les kystes séreux qui se forment autour des caillots anciens ; 5.° le siége de l'apoplexie complétera ce qui a rapport à son anatomie pathologique ; 6.° je terminerai en établissant la nature de l'apoplexie sur ce qui précède, et la déduisant des faits que j'ai cités et de ceux que nous offrent par analogie les autres organes.

Enfin dans le quatrième chapitre, qui sera consacré au traitement, je rangerai en deux classes les moyens curatifs, que je diviserai, 1.° en *internes ;* 2.° en *externes;* 3.° je terminerai par quelques mots sur le traitement prophylactique.

Tel est l'ordre que j'ai cru le plus simple et le plus propre à exposer clairement l'idée que je me fais de cette maladie. Si l'expérience et les forces me manquent dans un travail de cette nature ; si le peu d'étendue que je suis forcé de donner à cette thèse ne répond pas à l'importance du sujet, le zèle et l'exactitude que je me suis efforcé d'y mettre pour rendre compte des faits matériels que j'ai observés me tiendront lieu du talent qu'y eussent apporté des mains plus habiles et plus exercées. Au reste, c'est avec une juste défiance de moi-même, c'est avec la réserve que doivent m'inspirer et mon âge et mon début dans la carrière que je vais parcourir, que je hasarde les réflexions

qui précèdent et celles que je développerai dans la suite : heureux si je puis obtenir quelque approbation des juges éclairés auxquels je soumets cet essai!

CHAPITRE PREMIER.

§. I. *Étymologie de l'apoplexie ; opinions de quelques auteurs sur sa cause et sa nature.*

Que doit-on entendre par le mot *apoplexie?* Si l'on se reporte à son étymologie, on voit qu'il vient du mot grec ἀποπληξια, de ἀποπλήττειν, *frapper*, *abattre*, parce qu'on tombe subitement comme si on était frappé de la foudre.

Elle a été confondue long-temps avec d'autres maladies soporeuses. De là viennent les différens noms qu'on lui a donnés, et le vague que l'on trouve dans les auteurs sur le sens qu'on doit y attacher, et sur sa nature intime. On lit dans *Cœlius Aurélianus* que quelques auteurs désignaient par ce mot la *paralysie* qui succède à ce que l'on appelle une *apoplexie*. *Celse* paraît la confondre avec d'autres affections caractérisées par le coma et l'insensibilité; *Hippocrate* lui-même paraît avoir confondu cette maladie avec la paralysie.

L'apoplexie est une des maladies qui a le plus prêté aux conjectures et aux hypothèses lorsqu'on a voulu en déterminer la nature sans le secours de l'anatomie pathologique. Ainsi les uns l'attribuaient à des vents intérieurs, d'autres à l'érosion du cerveau, à son échauffement, au refroidissement du sang, ou à son mélange avec la *pituite*, etc. *Arétée* y voyait, outre le refroidissement, une stagnation subite. *Galien* regardait la réplétion subite des ventricules du cerveau comme cause de l'apoplexie, et il la faisait consister aussi dans l'écoulement des esprits animaux. Plus tard la connaissance des phénomènes cadavériques, qui n'avait pas encore dégagé la science des hypothèses et des explications subtiles, se répandait parmi les médecins, et commençait à les conduire par la voie de l'observation à des

données plus certaines, quoique la doctrine des esprits animaux arrêtés par une accumulation de sang ou de sérosité fût encore dans toute sa force, et que beaucoup de médecins expliquassent tout par elle. Ainsi les uns, avec M. *Gai*, qui l'a renouvelée depuis peu, faisaient dépendre l'apoplexie d'une ébullition ou d'une fermentation du sang. *Angélutius* voyait les vapeurs du cerveau arrêtées par un principe coagulant. Enfin *Nymman* croyait à l'obstruction subite du pressoir d'*Hérophile*.

A cette doctrine des esprits, qui existait encore du temps de *Morgagni*, succéda une division nouvelle fondée sur les lésions cadavériques. De là vient la division de l'apoplexie en *sanguine* et *séreuse*, lorsqu'on trouvait du sang ou de la sérosité; enfin on en admit une troisième espèce appelée *nerveuse* par quelques auteurs, lorsqu'on ne trouvait pas de lésions appréciables. MM. *Portal* et *Montain* rejettent l'apoplexie séreuse. Le dernier de ces deux médecins en admet une *sanguine*, qu'il divise en *veineuse* et en *arterielle*, et une *nerveuse*, subdivisée en *sthénique* et *asthénique*. M. *Luillier-Winslow* en compte huit espèces, et M. *Rochoux*, au contraire, ne donne le nom d'*apoplexie* qu'à la seule hémorrhagie cérébrale. M. *Moulin*, en adoptant cette opinion, la divise en *active* et en *passive*. Enfin, plus récemment, M. *Serre*, après avoir combattu la plupart des divisions établies par les auteurs, regarde comme une hypothèse d'admettre que les fluides épanchés dans le cerveau ou à sa surface soient causes de cette maladie. Suivant cet auteur, ils ne sont qu'une conséquence d'une lésion des méninges ou de l'encéphale; lésion qui, selon lui, constitue l'apoplexie, tandis que l'épanchement n'est que passif dans le cerveau. Ensuite M. *Serre* part de ce point pour établir une apoplexie *méningée* qu'il subdivise en cinq variétés relatives à la nature de l'épanchement et à celle du vaisseau ouvert; et une *apoplexie cérébrale* à laquelle il reconnaît également cinq variétés dépendant de l'étendue et du siége de la paralysie qui en est la suite (1).

(1) Ainsi il résulterait de l'opinion de M. *Serre*, que l'épanchement qui désor-

Il est inutile de grossir davantage cette dissertation par les autres citations que je pourrais ajouter à celles qui précèdent. J'ai cru, avant d'aborder mon sujet, devoir donner un aperçu général des différentes idées qui se sont succédées jusqu'à nous sur la nature et la cause de l'apoplexie. Maintenant je vais exposer mes observations de manière à ce que, dans leur succession, elles présentent, autant qu'il me sera possible, les différens degrés qu'on peut remarquer entre le coup de sang et l'hémorrhagie cérébrale.

§. II. Je ne crois pouvoir mieux faire, avant de citer les observations que j'ai recueillies sur le coup de sang, que de commencer par un exemple emprunté à *Morgagni* (lettre 3.e, §. 25 et 26), dans lequel ce profond observateur s'exprime en ces termes : « Cependant « l'apoplexie sanguine peut avoir lieu non-seulement par l'épanche- « ment de sang, mais encore par sa stagnation et son accumulation « dans les vaisseaux du cerveau; je veux, avant de terminer, vous « donner un exemple de cette dernière variété. »

I.re OBSERVATION.

Coup de sang, hypertrophie du cœur.

« P. Fasolati, sculpteur de Padoue, ayant terminé sa soixante- « unième année, d'un embonpoint encore remarquable, et n'étant « sujet à aucune incommodité, mourut de la manière suivante, dans

---

ganise le cerveau, en se creusant les énormes cavernes qu'on y trouve, ne serait pas regardé comme cause de l'altération cérébrale et des symptômes qui l'accompagnent; mais bien comme une conséquence de cette altération, l'épanchement, par lui-même, n'étant pas capable, suivant lui, de produire l'apoplexie et la paralysie. M. *Serre* a appuyé cette opinion par des expériences faites sur les animaux vivans. MM. *Magendie* et *Tallard* ayant répété séparément ces expériences, ont obtenu des résultats contraires à ceux que M. *Serre* avait annoncés.

« le même temps que *Tita* (obs. citée, lettre 3.e, n.° 11), et un jour « après lui. Il n'avait fait aucun travail, il n'avait éprouvé aucun « chagrin, auquel, du reste, il avait été plusieurs fois en proie en « diverses circonstances; il ne s'était plaint de rien. Après avoir « même soupé copieusement (car il mangeait beaucoup d'habitude), « et avoir dit qu'il voulait se coucher plus tôt qu'à l'ordinaire, ce « qu'il fit, il fut trouvé deux heures après par sa femme, qui était « couchée avec lui, et qui se réveilla par hasard, non-seulement « mort, mais encore froid, dans la première position qu'il avait « prise en se mettant au lit.

« *Examen du cadavre.* Le lendemain, pendant qu'on incise les « tégumens de la tête, pendant qu'on coupe le crâne circulairement, « il s'écoule beaucoup de sang; cependant il n'y en avait point « d'épanché dans l'intérieur; d'ailleurs, point de rupture, point de « lésion dans aucune partie de la substance du cerveau ou du cer- « velet, qui au toucher était également dans l'état naturel. Les ven- « tricules latéraux contenaient de l'eau presque limpide et en petite « quantité, dont quelque partie parut aussi s'écouler des côtés du « cervelet, qui était intact, comme je l'ai dit : venait-elle du canal « vertébral? Mais une quantité de sang liquide, *telle que je ne me « souviens pas d'en avoir jamais vue dans l'intérieur du crâne*, dis- « tendait tellement tous les vaisseaux situés autour du cerveau et du « cervelet, que je remarquai un engorgement très-considérable, « même des plus petits, qui ordinairement sont extrêmement fins. »

A l'ouverture de la poitrine, *Morgagni* trouva un peu de sérosité dans le péricarde, le cœur était très-volumineux, les valvules mitrale droite et semilunaires avaient pris un caractère comme ligamenteux, et les vaisseaux propres de cet organe étaient en outre gorgés de sang, et il s'en écoula une grande quantité lorsqu'on le sépara des gros vaisseaux qui en partent.

J'ai cité d'abord cette observation afin que l'on puisse juger de la ressemblance qui existe entre elle et les faits que j'ai recueillis, et que je vais rapporter plus bas. J'ai voulu, avant de commencer,

m'appuyer d'une autorité respectable pour justifier l'expression d'*apoplexie* que je donne au coup de sang. On a pu voir d'après les réflexions de *Morgagni*, que j'ai placées avant son observation, qu'il en fait une variété, et qu'il le regarde comme pouvant donner la mort. Ce serait peut-être ici le lieu de parler de l'opinion de M. *Rochoux* sur le coup de sang, qu'il considère comme n'étant jamais mortel, et qu'il confond avec la syncope, en attribuant à cette dernière, dans tous les cas, l'issue funeste que l'on remarque si souvent après les fortes congestions cérébrales. Mais j'en reparlerai à l'occasion de deux observations que M. *Rochoux* regarde comme des syncopes.

Je reviens à l'observation de *Morgagni*. Il est probable que l'apoplexie qui a enlevé si subitement cet homme a été amenée par l'état dans lequel se trouvait l'estomac à la suite du repas copieux qu'il venait de faire deux heures avant. On sait combien est grande, dans quelques cas, l'influence de la digestion sur le développement de l'apoplexie. Les auteurs sont remplis de faits analogues, qu'ils attribuent généralement à la compression des gros vaisseaux par l'estomac gorgé d'alimens. M. le professeur *Chaussier* regarde cette opinion comme une erreur dans la proposition suivante, extraite de ses cours, et conçue en ces termes : « On a dit et on répète encore aujourd'hui que la réplétion de l'estomac, qui presse l'aorte descendante, fait que le sang se porte encore davantage à la tête, et les apoplexies arrivent au milieu ou à la fin des repas. Mais cette cause mécanique ne peut pas être admise, d'après des expériences répétées plusieurs fois dans cet amphithéâtre. L'estomac, en se distendant, ne peut comprimer l'aorte ni la veine-cave abdominale. En se remplissant, il se porte toujours en avant et en bas, mais jamais en arrière du côté des vertèbres, ce qui est un effet de la disposition anatomique des parties. » Cette proposition, appuyée de l'expérience du savant que je viens de citer, montre évidemment que la plénitude de l'estomac, plus spécieuse que vraie, comme cause de l'apoplexie, a été admise jusqu'ici trop légèrement, et qu'il se

passe ici un phénomène qui n'est nullement mécanique, et qui semble être plutôt du domaine des sympathies.

II.e OBSERVATION.

L'observation que je viens d'emprunter à *Morgagni* me rappelle une autopsie que j'ai faite dernièrement avec le docteur *Laurent*. Il s'agit d'un garde-du-corps âgé de vingt-sept ans, d'une haute stature, d'une très-forte constitution, qui, après avoir copieusement dîné, fut plongé subitement dans un coma profond, et mourut deux heures après, dans un état d'apoplexie, malgré les secours prompts qu'on lui administra.

Les tégumens des épaules, du cou et de la tête étaient tellement livides, qu'ils paraissaient ecchymosés. A l'ouverture du crâne, il s'écoula près de deux livres de sang noir et fluide; les membranes du cerveau, malgré ce qui s'en était déjà épanché, en étaient encore gorgées. Le cerveau, qui était sain, participait tellement à l'engorgement général, qu'à chaque tranche qu'on en coupait la substance médullaire se couvrait aussitôt de petits points rouges très-rapprochés, qui en peu de temps formaient des gouttelettes assez considérables, qui se reproduisaient de nouveau lorsqu'on les avait essuyées.

J'éprouve ici le regret de n'avoir pu ouvrir les autres cavités; mais il est facile de voir dans cette observation, tout incomplète qu'elle est, combien elle a de rapport avec celle de *Morgagni*, relativement à l'énorme quantité de sang qui s'est épanchée à l'ouverture du crâne. Ce malade a péri également à la suite d'un repas copieux.

III.e OBSERVATION.

Ivrognerie habituelle, coup de sang, arachnitis chronique.

Le nommé Langlois, âgé de soixante ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez robuste, d'un caractère très-irascible, adonné

depuis long-temps, par sa profession, à l'abus des liqueurs fortes (il était employé à emporter hors de la ville les immondices des boucheries), fut trouvé mort un soir dans un cabaret, après s'être endormi à la suite d'un repas qu'il venait d'y faire. J'en fis l'ouverture en présence de quelques médecins, et je trouvai ce qui suit :

Crâne. A l'incision des tégumens, il s'est écoulé quatre onces environ de sang ; les muscles, qui en étaient gorgés, paraissaient noirs dans les incisions qu'on y pratiquait. L'arachnoïde, infiltrée, d'un aspect gélatineux, était épaissie, d'une couleur nacrée dans quelques points; elle était résistante, et put s'enlever presque d'une seule pièce de dessus les circonvolutions. La pie-mère était injectée jusque dans ses plus petits vaisseaux ; il existait sur le lobe antérieur gauche, à l'endroit correspondant à la suture coronale, et à un pouce et demi de la faux du cerveau, une cavité triangulaire, large, et profonde de quatre lignes environ, se terminant en entonnoir, et creusée aux dépens de la substance grise d'une des circonvolutions. Cette cavité contenait une sérosité jaunâtre qui s'est épanchée aussitôt qu'on enleva les portions de la pie-mère et de l'arachnoïde qui la contenaient; il n'y avait aucun ramollissement autour. La substance cérébrale et le cervelet étaient très-injectés.

Poitrine. On trouva dans le poumon gauche quelques tubercules non ramollis.

Abdomen. L'estomac, rempli d'alimens à moitié digérés et mêlés avec du vin, était rouge et injecté dans les endroits de sa grosse extrémité seulement en contact avec les alimens ; les petits intestins, rouges et injectés, avaient leurs vaisseaux très-apparens. On suivait bien les vaisseaux chylifères, qui étaient assez développés.

On voit que cet homme, d'après ses habitudes, d'après sa constitution, etc., était disposé depuis long-temps à la maladie qui l'a frappé tout à coup. Il est probable que son irascibilité naturelle était causée par l'inflammation lente de l'arachnoïde, inflammation qui a bien pu s'être développée peu à peu par l'usage continuel des boissons enivrantes auxquelles il s'abandonnait sans mesure. On voit

encore ici un effet de la digestion, et cet effet a dû être ressenti d'autant plus facilement au cerveau, que cet organe, surexcité depuis long-temps par l'irritation de ses enveloppes, devait être plus essentiellement disposé aux congestions brusques sous l'influence des causes même les plus légères. Il n'est donc pas étonnant qu'avec une telle disposition, le plus léger excès ait pu produire chez cet individu l'effet qui n'est souvent amené chez d'autres qu'après les plus grands excès d'intempérance.

IV.e OBSERVATION.

Coup de sang, inflammation chronique de l'estomac.

La nommée Louise Curot, domestique, âgée de trente ans, d'une forte constitution, se purgeait depuis long-temps avec un élixir qu'elle tenait d'un charlatan, lorsque, le 26 mars 1822, elle fut après un déjeuner copieux, qui se composait en partie de salade, prise de vomissemens et de malaise, à la suite desquels elle mourut dans un état comateux très-profond, accompagné de résolution des membres. J'en fis l'ouverture en présence de M. *Lavedan*, chirurgien en chef de l'hôpital de Versailles, et de plusieurs autres médecins.

Autopsie. L'état extérieur du corps, à l'exception de la face, qui était violacée, ne présentait rien de particulier.

Il est à remarquer que, malgré qu'on eût ouvert d'abord les deux autres cavités, il s'épancha à la section des tégumens et des os du crâne une grande quantité de sang noir et fluide. Les membranes du cerveau étaient très-rouges, et les vaisseaux, ainsi que les sinus de la dure-mère, très-distendus et très-gorgés.

Le cerveau coupé par tranches, on vit suinter une très-grande quantité de gouttelettes sanguines qui donnaient à la substance blanche une teinte rosée très-remarquable. Le ventricule gauche contenait une cuillerée de sérosité sanguinolente. Le cervelet était également injecté.

Poitrine. Poumons sains et crépitans. Au cœur, le ventricule droit, l'oreillette et les veines qui s'y rendent étaient très-distendus. Ces dernières, en général, très-grosses et très-développées, formaient pour le calibre un contraste frappant avec l'aorte. Cette artère, d'un très-petit diamètre, dépassait à peine dans toute sa longueur la dimension d'une grosse iliaque primitive d'un adulte.

Abdomen. Rien de remarquable à la surface extérieure de l'estomac et des intestins ; mais, après que le premier de ces viscères fut ouvert, et qu'on en eut retiré deux verrées d'alimens à demi-liquides, dans lesquels on distinguait du pain et quelques feuilles de salade, on trouva la membrane muqueuse qui en tapisse la paroi antérieure boursoufflée, rouge, épaissie, et couverte de replisconsidérables. Cet état de phlogose paraissait dater d'un temps assez éloigné.

Voilà encore un exemple d'apoplexie survenue après le repas, et ici une certaine quantité d'alimens difficiles à digérer a été introduite dans un estomac malade depuis long-temps, et sur lequel leur action n'a pas dû se faire ressentir de la même manière que s'il eût été sain. Cette fille, qui prenait de fréquentes purgations, avait entretenu dans cet organe une irritation permanente qui, ajoutée peut-être à un état de gastrite legère, l'avait fait dégénérer insensiblement à l'état chronique que nous a offert l'ouverture. Il est certain qu'elle n'aurait pas eu recours à ce charlatan, si sa santé n'eût pas été altérée. Quoi qu'il en soit, il est constant qu'on a trouvé une inflammation chronique de la membrane muqueuse de l'estomac, et on peut bien croire que l'abus d'un purgatif violent a dû au moins exaspérer cette inflammation, s'il ne l'a pas produite par son influence prolongée. On connaît assez généralement l'influence des maladies de l'abdomen sur celles du cerveau, et réciproquement ; on sait combien de rapports de sympathie existent entre les organes de ces deux cavités. La mort de cette fille ne pourrait-elle pas en être la conséquence ?

Les deux observations suivantes, qui ont entre elles beaucoup de

ressemblance, se rapprochent de celle de la fille Curot, relativement aux lésions trouvées dans l'abdomen.

V.e OBSERVATION.

Gastro-entérite chronique ; hypertrophie du cœur ; coup de sang.

Un palefrenier des gardes-du-corps, âgé de cinquante-sept ans, d'une petite stature, maigre, et ayant cependant des formes assez prononcées, adonné depuis long-temps à l'usage des boissons spiritueuses, fut trouvé mort dans son écurie une nuit qu'il était de service. On l'avait vu quelques heures auparavant mangeant avec appétit, et n'ayant aucun signe qui pût faire soupçonner une mort aussi prompte.

Autopsie. Face livide et violacée, épanchement très-considérable de sang noir à l'ouverture du crâne. Les vaisseaux de la pie-mère, de l'arachnoïde et des plexus choroïdes étaient très-distendus, et injectés jusque dans leurs plus petits rameaux. A chaque incision qu'on faisait au milieu de la substance cérébrale, le sang s'écoulait en assez grande quantité. Même état du cervelet.

Nota. Nous avons pu apprécier sur ce cadavre l'influence directe que peut avoir sur le sinus latéral le sang tiré derrière les oreilles ; on voyait très-bien le sang refluer dans le sinus par la petite veine qui perce le fond de la gouttière mastoïdienne lorsqu'on exerçait une légère pression sur les tégumens correspondans.

L'oreillette droite du cœur était très-distendue par le sang noir et fluide dont étaient remplies les veines qui s'y rendent; le cœur avait acquis le double du volume qu'il a ordinairement ; son ventricule gauche était d'une épaisseur très-considérable.

L'estomac fut trouvé très-rétréci, et réduit au volume d'un intestin colon ; ses parois, très-épaissies, étaient parcourues par des replis membraneux très-prononcés et très-rouges, dans l'intervalle desquels on voyait des points d'ulcération.

Il y a ici une double complication ajoutée à la maladie qui a fait périr cet homme, et qui me semble reconnaître une double cause ; cependant il est probable que l'anévrisme actif du cœur a joué le principal rôle dans la production de cette apoplexie. Des exemples nombreux viennent à l'appui de cette assertion, sur laquelle M. *Bricheteau* a jeté un nouveau jour. On sait que l'épaississement du ventricule gauche, augmentant l'énergie du cœur, détermine vers le cerveau un plus grand effort d'ascension de la part du sang, et que, par cette cause seule, les congestions brusques sont plus redoutables et plus fréquentes. Il me semble que c'est ainsi que l'on peut se rendre compte de la mort de cet individu. Mais à quoi paraît due l'hypertrophie, qui n'est ici qu'une cause véritablement mécanique ? Sous quelle influence s'est-elle développée? Est-elle venue spontanément? ou bien ne peut elle pas avoir été produite par l'irritation continuelle de l'estomac, démontrée d'ailleurs par la gastrite ancienne que l'on a trouvée à l'autopsie, et par l'ivrognerie habituelle du malade? On connaît l'action des boissons enivrantes sur les mouvemens du cœur ; on sait avec quelle énergie et quelle vitesse ces mouvemens s'exécutent lorsqu'elles sont introduites dans l'estomac, qui transmet si facilement à toute l'économie la stimulation qu'il reçoit ; ainsi on peut bien expliquer par les contractions multipliées du ventricule gauche l'épaississement qu'il peut acquérir à la longue, d'après le principe généralement reconnu en physiologie, que plus un organe s'exerce, plus il prend d'accroissement. En outre, l'excitation continuelle qu'entretiennent sur le cerveau les liqueurs alcoholiques a dû s'ajouter encore ici aux deux causes dont je viens de parler, en disposant cet organe à la congestion brusque qui a terminé les jours de ce palefrenier.

VI.e OBSERVATION.

Coup de sang ; hypertrophie avec augmentation de consistance des valvules du cœur ; gastro-entérite.

Un garde-du-corps âgé de quarante-cinq ans fut trouvé mort dans sa chambre au mois d'août de l'année dernière. Je n'ai pu avoir d'autres renseignemens sur son état antérieur, si ce n'est qu'ayant éprouvé la veille quelque malaise et de la fièvre, il s'était couché. C'était un homme bien musclé, d'une constitution robuste, et d'une taille au-dessus de la moyenne.

Autopsie cadavérique. Six onces environ de sang noir s'épanchèrent lorsqu'on incisa les tégumens. Engorgement sanguin et injection des vaisseaux de la dure-mère, qui donnaient à cette membrane un aspect violacé et livide. Engorgement très-considérable des vaisseaux de la pie-mère ; infiltration séreuse entre les lames de l'arachnoïde et dans les ventricules du cerveau ; substance cérébrale très-injectée dans tous ses points.

Thorax. A l'ouverture, il s'est épanché huit onces environ de sérosité limpide contenue dans une cavité formée par la plèvre costale et le péricarde. On a trouvé le poumon droit adhérent dans toute son étendue avec la plèvre costale et celle qui occupe l'interstice de ses lobes. Ce poumon était crépitant ; mais, en le coupant, il en sortit, au moyen d'une pression légère, un liquide sanguinolent et écumeux. Le poumon gauche offrait à peu près les mêmes dispositions ; mais il était bien moins crépitant, et par conséquent plus gorgé du liquide sanguinolent dont je viens de parler. Le lobe inférieur de ce poumon, qui n'était pas adhérent, présentait sur sa face antérieure des espèces de vergetures d'un rouge éclatant.

Le cœur était très-volumineux, l'oreillette et le ventricule gauche, qui faisaient à eux seuls la plus grande partie de cet organe, très-épaissis, avaient acquis trois fois plus de capacité que dans l'état na-

turel; les colonnes charnues, très-prononcées dans le ventricule, étaient à leurs tendons d'une consistance très-marquée. Cette consistance augmentait à la valvule mitrale, qui présentait la densité d'un cartilage. Sa partie moyenne offrait près de son bord libre, qui était épaissi, une ulcération d'un aspect rougeâtre, de l'étendue de trois lignes en tous sens. Le calibre de l'aorte avait augmenté de capacité, et les valvules sigmoïdes, réduites à un état cartilagineux et épaissies par leurs bords libres, paraissaient depuis long-temps privées de leurs fonctions. L'oreillette droite et son ventricule avaient conservé une épaisseur et une capacité très-ordinaires, qui contrastaient singulièrement avec l'épaisseur et la dimension des deux autres cavités du cœur.

Abdomen. Membrane interne de l'estomac injectée généralement, mais d'un rouge plus prononcé à la paroi antérieure. Muqueuse du duodénum épaissie, rouge, et enduite d'un liquide sanieux couleur lie-de-vin; jéjunum et iléon épaissis dans différens points de leur étendue, d'un rouge plus ou moins foncé à l'extérieur, et recouverts à l'intérieur de l'enduit muqueux sanguinolent trouvé dans le duodénum; foie volumineux et gorgé de sang.

La maladie du cœur paraît encore ici avoir joué le rôle principal dans la mort prompte qui a frappé ce garde-du-corps, et cette cause a dû être puissamment secondée par l'état d'engorgement du poumon, qui paraît avoir été amené, ainsi que la maladie de la plèvre, par la lésion ancienne du cœur. On conçoit qu'un tel engorgement, en ajoutant encore à la gêne de la circulation, devait ralentir dans les veines-caves le retour du sang et sa libre circulation dans les poumons; tandis que, d'un autre côté l'énergie du ventricule gauche le poussant toujours avec violence à la tête, ce liquide gêné, comme je viens de le dire, pour son retour, a dû produire une pléthore locale du cerveau, un embarras dans sa circulation, et le disposer à une congestion imminente que la moindre cause pouvait amener. Maintenant, si on se rappelle qu'il a éprouvé du malaise et de la fièvre peu de temps avant sa mort, et que l'autopsie a fait découvrir une gastro-entérite très-intense, ne sera-t-on pas conduit à penser que cette fièvre, qui n'était que le résultat de l'aug-

mentation de vitesse et d'énergie des battemens du ventricule aortique, stimulé par l'inflammation gastro-intestinale, n'ait eu une grande influence sur la production des congestions sanguines que l'on a trouvées au cerveau et au foie?

Cette observation présente une circonstance remarquable, qui jusqu'ici n'a été notée que par M. *Lallemand*, c'est la consistance cartilagineuse des valvules sigmoïdes. M. *Lallemand* regarde cette disposition par laquelle ces valvules n'exercent plus leurs fonctions, comme rendant raison des congestions cérébrales si fréquentes dans les cas d'hypertrophie; il fait remarquer la différence qui existe dans des cas semblables pour la production de l'apoplexie entre l'hypertrophie causée par un rétrécissement de l'ouverture aortique et celle dont la cause ne se trouve pas entre le cœur et l'origine des carotides; c'est, selon cet auteur, dans le dernier cas seulement que l'hypersarcose peut causer l'apoplexie, et non dans le premier, la force du cœur s'épuisant sur la résistance que le sang éprouve avant de sortir du ventricule.

VII.e OBSERVATION.

Arachnitis chronique; coup de sang; tubercule ancien dans le cerveau; gastro-entérite chronique.

Le nommé Jean-Marie Vercier, âgé de trente-sept ans, sergent major au 3.e régiment de la garde, d'une taille ordinaire, d'une constitution faible et détériorée depuis long-temps par un état maladif continuel, servait anciennement dans la marine, et par le genre de ses occupations était obligé d'avoir les jambes dans l'eau une partie de la journée: il buvait à cette époque beaucoup d'eau-de-vie. Il sortit de la marine, il y a quinze ans, pour entrer au service, où ses habitudes ne firent que prendre une nouvelle force. Il avait éprouvé pendant quelque temps un écoulement par l'oreille droite; il avait fait plusieurs maladies depuis quelques années, et il venait d'être traité d'une affection de poitrine, pendant laquelle il crachait beaucoup.

Cet homme, malgré les maladies qui le tourmentaient depuis longtemps, ne pouvait se soustraire à son intempérance habituelle; aussi tous les matins il faisait une espèce de punch composé d'eau-de-vie et d'eau sucrée; il buvait par jour une bouteille de vin de Bordeaux, et depuis deux mois il ajoutait à ce régime excitant l'usage du *vomi-purgatif*, dont il prenait une très-grande quantité : il se plaignait aussi de maux de tête fréquens, et depuis quelques jours il était devenu impatient et irascible.

Le 21 juin 1822, au matin, Vercier perdit tout à coup connaissance. Revenu à lui, il eut de la peine à articuler ce qu'il voulait dire, et il éprouva un peu de délire; ses crachats se supprimèrent tout à coup. Amené le soir à l'hôpital de Versailles, on remarqua les symptômes suivans : embarras de la langue, et difficulté d'articuler les mots; air hébété et semblable à l'ivresse; trouble considérable dans les idées, assoupissement léger, soubresauts dans les tendons, roideur convulsive dans les fléchisseurs de l'avant-bras droit, agitation. Le malade se retourne continuellement dans son lit, et ne peut garder de position fixe; pouls dur, serré, sans accélération marquée. (Saignée de trois palettes, eau d'orge édulc. acid., pot. pectorale.) Agitation très-grande pendant la nuit; il s'est levé à différentes reprises.

Le 22, pouls plus développé, calme marqué, disposition à l'assoupissement. (Deux vésicatoires aux jambes, une nouvelle saignée.) Le soir, amélioration; il répond assez distinctement aux questions qu'on lui adresse.

Le 23, à quatre heures du soir, accès épileptiforme très-intense de la durée de quelques minutes, accompagné de rougeur très-vive de la face, et d'une légère écume à la bouche; pouls dur, fréquent et serré. (Saignée de deux palettes, renouvelée le soir à huit heures.) Depuis ce moment, insensibilité complète, yeux fixes, tournés à droite et en haut; face animée, contraction moins forte des fléchisseurs de l'avant-bras

Le 24, au matin, priapisme qui a duré une partie de la nuit; langue sèche et rouge, déglutition impossible, urine très-abondante, et rendu

involontairement; pouls serré et fréquent. (Deux vésicatoires aux cuisses.) Le soir, à huit heures, sueur froide assez abondante.

Le 25, au matin, la connaissance est revenue; il veut répondre lorsqu'on lui parle, mais il ne peut rien prononcer; langue toujours rouge et sèche, bouche déviée à droite, yeux tournés du même côté, roideur des muscles du côté droit du cou, qui inclinent la tête dans cette direction, et font éprouver une vive résistance lorsqu'on veut la porter à gauche; impossibilité d'avaler les liquides, qui menacent le malade de suffocation en passant dans la trachée-artère. Depuis l'entrée du malade, le ventre a toujours été très-rétracté en arrière, de sorte que l'on a senti constamment le trajet et les battemens très-développés de l'aorte ventrale. Ce jour s'était passé dans un état de calme et d'amélioration bien sensibles, lorsqu'à neuf heures du soir les yeux deviennent brillans, la face rougit; et il tombe subitement dans un état comateux très-profond, accompagné de mouvemens convulsifs, de roideur tétanique des muscles; une sueur froide couvre tout le corps, la respiration devient stertoreuse, et il meurt à deux heures du matin avec tous les signes d'une nouvelle congestion sanguine au cerveau.

Autopsie cadavérique. Deux onces environ de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde, qui était enflammée, et offrait dans quelques points une infiltration gélatiniforme; pie-mère très-injectée, très-consistante et très-rouge. Granulations purulentes dans l'étendue d'un pouce, développées sur ces membranes à l'endroit correspondant à l'apophyse d'*Ingrassias* du côté gauche. Adhérence très-intime et injection très-considérable de la pie-mère à la base, et surtout dans la scission de *Sylvius*, de ce côté. A la partie moyenne de la substance médullaire de l'hémisphère droit, au niveau et à quelques lignes de la partie externe de la couche optique et de l'extrémité postérieure du corps cannelé, nous avons trouvé un tubercule de la grosseur d'une noix; il était très-dur, enveloppé d'une espèce de membrane douce au toucher, rougeâtre, et parsemée à l'extérieur de vaisseaux sanguins très-déliés. L'intérieur de ce tubercule était formé d'une substance

jaunâtre, dure, ayant un aspect analogue à du fromage de Gruyère, assez résistante à l'action du scalpel, et s'approchant, pour la consistance, de l'état cartilagineux.

La substance médullaire environnante était d'une mollesse remarquable dans l'étendue de quelques lignes, principalement en bas; elle avait conservé sa couleur. L'arachnoïde des ventricules était épaissie généralement, et enflammée principalement sur le corps strié droit; les plexus choroïdes, rouges et phlogosés, baignaient dans une petite quantité de sérosité sanguinolente.

Le reste de la substance cérébrale parut injecté.

Le cervelet logeait dans l'épaisseur de la substance grise du bord postérieur de son lobe droit un tubercule de la grosseur d'une noisette, dur à l'extérieur, jaunâtre, mollasse, granulé, et purulent à l'intérieur.

Poitrine. Le lobe supérieur du poumon droit adhérait à la plèvre dans toute son étendue, et l'on y a trouvé un foyer purulent de l'étendue d'un pouce en tous sens. Il y avait en outre plusieurs tubercules en supuration.

Abdomen. Estomac très-rétréci, fortement enflammé vers le pylore, et offrant à cet endroit des replis nombreux et considérables; inflammation très-vive de l'iléon, de la portion du mésentère et des glandes, qui sont membraneux dans l'épaisseur de ces replis. Les glandes étaient plus ou moins enflammées et développées. On trouva dans l'intérieur de quelques-unes un commencement de suppuration.

Il est fâcheux qu'on n'ait pas eu de renseignemens positifs sur ce qu'a dû éprouver ce malade antérieurement. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'un tubercule semblable n'arrive pas subitement, et qu'il ne peut être que le résultat d'une maladie ancienne, dont il est impossible de déterminer l'époque, et qui a dû donner lieu à un certain ordre de symptômes. On trouve ici une grande analogie avec ce qui se passe dans les abcès enkystés du cerveau; il est probable que cette altération est d'une nature analogue à celle des abcès; qu'elle dé-

pend, ainsi qu'eux, d'une inflammation, quoique les produits soient différens, quoique dans les uns on trouve du pus, et que dans l'autre on n'ait rencontré qu'une substance ferme et consistante. On remarquera en outre que ce tubercule paraît s'être comporté comme les abcès, et avoir suivi la même marche, en ne manifestant pas son existence, qui est restée en quelque sorte ignorée au milieu de la substance cérébrale. On y reconnaîtra également de la part de la nature les mêmes précautions que dans les abcès enkystés pour préserver la substance environnante de l'action irritante du pus comme corps étranger, par la présence autour de ce tubercule d'une membrane vasculaire analogue, qui paraît évidemment destinée aux mêmes usages. Si l'on considère d'ailleurs les symptômes qui se sont manifestés, on verra qu'ils ne répondent nullement au siége de l'altération dont je parle, et qu'ils dépendent plutôt d'une inflammation de l'arachnoïde. Il n'y a que la roideur tétanique observée à droite qui pourrait bien indiquer un commencement d'inflammation d'un point du cerveau; aussi a-t-on trouvé à l'ouverture, à l'endroit correspondant à l'apophyse d'*Ingrassias*, du côté gauche, une portion de la substance grise, en contact avec la pie-mère enflammée et purulente. Il est donc probable que la maladie à laquelle a succombé cet individu n'a pas été produite par le tubercule, et qu'on n'en doit chercher la cause que dans l'usage continuel des boissons spiritueuses, qui avaient développé et qui entretenaient depuis long-temps une gastro-entérite et une arachnitis chroniques, qui ont passé tout à coup à l'état aigu. Ainsi, on peut, je pense, attribuer la mort prompte qui l'a enlevé, au moment où il était dans un état plus satisfaisant, à un coup de sang déterminé par l'irritation continuelle exercée sur le cerveau par l'arachnoïde, qui, d'après l'état habituel de stimulation, et le trouble qu'elle entretenait dans cet organe, devait le disposer essentiellement aux congestions sanguines.

Je vais maintenant citer quelques observations empruntées à

M. *Lallemand*, et à quelques auteurs, afin d'établir la nuance qui me semble exister entre le coup de sang et l'hémorrhagie cérébrale.

VIII.e OBSERVATION.

M. *Dam de la Vauterie* (Dissertation sur l'apoplexie, considérée comme une phlegm. de la substance cérébrale), parle (n.° 6) d'un mendiant âgé de soixante-dix ans, qui, après une paralysie successive du sentiment et du mouvement du bras droit, accompagnée de rigidité dans les fléchisseurs, de somnolence, d'agitation, etc., perdit, au bout de quelques jours, la parole et la sensibilité, et mourut.

« *Inspection cadavérique.* Substance cérébrale réduite en une es-
« pèce de putrilage dans l'espace de quelques pouces en tous sens,
« à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère gauche du cer-
« veau ; circonférence de cette portion désorganisée, rouge ou rosée
« à la profondeur de deux lignes, brune en quelques points. »

IX.e OBSERVATION. (Dissertation citée, obs. 5.)

« Un homme âgé de soixante-huit ans, d'un tempérament sanguin
« et dégénéré, est apporté à l'Hôtel-Dieu dans un état qui simule
« une fièvre ataxique ; diminution notable des fonctions des sens,
« délire sourd, sensibilité animale générale conservée, légère hémi-
« plégie à gauche, avec rigidité manifeste dans les muscles, respira-
« tion et pouls dans l'état naturel. Le malade reste dans cette situa-
« tion pendant six jours, puis les symptômes s'aggravent ; il tombe
« dans un état comateux, la respiration devient stertoreuse, et la mort
« survient.

« *Autopsie cadavérique.* On a trouvé au milieu de l'hémisphère
« droit une portion de la substance médullaire réduite en putri-
« lage. *La circonférence de cette espèce de foyer était injectée d'un*
« *rouge amarante, endurcie et enflammée ;* il y avait environ deux
« cuillerées de sérosité dans les ventricules. »

On voit dans ces deux observations, par la couleur rosée des deux altérations, le premier degré d'infiltration sanguine de la substance cérébrale. L'observation suivante la présente à un degré plus avancé.

X.e OBSERVATION. (Première lettre de M. *Lallemand*, n.° 4.)

Quatre-vingts ans, perte de la vue et de l'ouïe, mouvemens convulsifs du membre supérieur droit, avec paralysie du sentiment. Mort au bout de trois jours. Ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau vers le corps strié, infiltration de sang au centre.

« Une femme de quatre-vingts ans éprouvait depuis long-temps du « trouble dans les idées, était devenue morose et irascible. Elle « entra à l'Hôtel-Dieu pour un embarras gastrique ; elle était « assoupie. On lui fit prendre l'émétique, qui dissipa pendant quel- « ques jours ces symptômes ; mais ils ne tardèrent pas à reparaître, « et même à augmenter un peu. Ayant passé plusieurs semaines dans « un état stationnaire, tout à coup elle perdit la vue et l'ouïe, éprouva « des mouvemens convulsifs du membre supérieur droit, et tomba « ensuite dans une stupeur profonde. Bientôt le bras droit perdit « le mouvement, mais non le sentiment, et les pupilles restèrent im- « mobiles. On employa sans succès les dérivatifs les plus puissans. « Au bout de trois jours, la respiration s'embarrassa, et la malade « mourut. »

Autopsie cadavérique. Les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang. Dans l'hémisphère gauche, vers le lobe moyen, on trouva un ramollissement de la substance cérébrale ; le corps strié était réduit en bouillie. Au milieu de cette désorganisation, du sang était épanché ou plutôt infiltré dans la substance cérébrale.

« Vous aurez sans doute remarqué, ajoute M. *Lallemand*, que le « siége de la maladie était précisément dans la partie du cerveau où « l'on rencontre le plus souvent l'épanchement sanguin, et qu'enfin « au centre de ce ramollissement se trouvait du sang, sinon épanché, « du moins infiltré. N'est-ce pas là une des premières nuances de « l'apoplexie ? »

XI.e OBSERVATION.

M. *Lallemand* (lettre 1.re, n.° 5.) cite, d'après M. *Abercrombie*, l'observation d'une femme de vingt-six ans qui mourut, au huitième jour d'une maladie, dans un état comateux, après avoir éprouvé une violente céphalalgie accompagnée de sensibilité de la rétine et de convulsions. La surface du cerveau était, dans plusieurs points, d'un rouge foncé, surtout à la partie antérieure et supérieure des deux hémisphères, et à la partie postérieure du gauche. Cette altération s'étendait à plusieurs points à un pouce de profondeur. Dans ces endroits, la substance cérébrale était ramollie. Ses vaisseaux étaient plus développés qu'ailleurs. L'intérieur du cerveau était sain.

XII.e et XIII.e OBSERVATION.

Enfin dans la cinquante-septième lettre de *Morgagni* on trouve encore deux exemples d'un degré d'infiltration plus avancé. L'un (n.° 15) a rapport à une vieille femme morte après une paralysie incomplète (elle avait conservé la sensibilité et un peu de mouvement), qui avait duré trois mois, et avait fini par l'aphonie et la sterteur ; chez laquelle *Morgagni* trouva la substance cérébrale sanguinolente, d'un brun sale et ramollie, vers le sommet de la tête, dans une étendue de trois à quatre travers de doigts en profondeur.

L'autre (n.° 18) est relatif à un homme de petite stature, d'une constitution grêle, et sujet à des accès d'épilepsie, dont un plus violent le fit périr. On trouva la partie postérieure de chaque couche optique d'une couleur brune sale. Cette altération s'étendait profondément dans l'épaisseur de la substance cérébrale.

XIV.e OBSERVATION.

On lit (Journ. complément. du dict. des sc. méd., 4.e cahier, 1818) une observation de M. *Bricheteau* sur un homme robuste de cin-

quante ans, qui, au bout de deux jours d'un assoupissement violent, mourut avec les symptômes d'une forte apoplexie ; tels que paralysie des deux côtés, avec flaccidité, respiration stertoreuse, etc.

A l'ouverture, on trouva la pie-mère et l'arachnoïde fortement injectées, la dernière épaissie. En plusieurs endroits le cerveau était le siége d'un ramollissement très-remarquable et seulement développé dans la substance corticale ; plusieurs de ces points désorganisés renfermaient une bouillie grisâtre sans aucune trace de congestion sanguine; dans plusieurs autres, au contraire, on trouva une substance *sanieuse* et comme réduite en putrilage, *parsemée de quelques gouttes de sang*. Ces désorganisations étaient très-étendues et répandues irrégulièrement sur toute la substance corticale du cerveau.

Maintenant que je crois m'être assez étendu sur les différens degrés d'infiltration sanguine au milieu de la substance cérébrale, mon but, en exposant les faits qui précédent, ayant été de remplir la lacune qui existe dans mes observations, afin de mieux établir la nuance intermédiaire entre celles qui ont rapport au coup de sang et celles d'hémorrhagie, je vais, avant de passer à ces dernières dans lesquelles on trouve le sang réuni en foyers distincts, offrir deux faits que j'ai recueillis, qui me semblent, d'après les symptômes et l'espèce d'altération trouvée dans le cerveau, caractériser l'infiltration au moment où lui succède l'épanchement.

XV^e^. OBSERVATION.

Le 5 janvier 1823 on apporta à l'hôpital de Versailles une femme âgée de cinquante ans environ, d'une assez forte constitution, d'un embonpoint ordinaire. On sut, d'après quelques renseignemens, donnés par une de ses voisines, que cette femme était malade depuis six jours environ, qu'elle s'était plaint d'abord de maux de tête, qu'elle avait eu une forte fièvre, qu'ensuite elle avait perdu entièrement connaissance depuis deux ou trois jours qu'elle était paralysée. Lorsque je la vis, elle était dans l'état suivant : perte complète de connaissance, et insensibilité; contraction des pupilles,

déviation de la bouche à gauche, respiration stertoreuse, paralysie à droite, accompagnée de roideur tétanique des muscles de l'avant-bras et de la jambe; sueur abondante sur tout le corps, soubresauts des tendons, et tremblement convulsif des muscles du côté non paralysé; pouls dur, serré et fréquent. (Eau d'orge, douze sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux jambes.)

Cet état a peu varié, et a toujours été en s'aggravant jusqu'à l'époque de la mort, qui a eu lieu le lendemain dans la journée.

Autopsie cadavérique, quinze heures environ après la mort. A l'incision des tégumens, et après avoir séparé le crâne de la dure-mère, il s'est épanché une assez grande quantité de sang noir. La dure-mère, d'une couleur livide, laissait suinter de sa surface beaucoup de gouttelettes sanguines; l'arachnoïde, rouge et épaissie dans toute son étendue, était infiltrée d'une sérosité sanguinolente; le cerveau, d'une consistance remarquable, était très-injecté; de la sérosité sanguinolente distendait un peu les ventricules. Après avoir enlevé la voûte à trois piliers, nous remarquâmes une désorganisation complète de la couche optique gauche, qui était le siége d'un ramollissement brunâtre tirant sur le rouge, s'étendant à quelques lignes dans la substance blanche située à la partie externe du ventricule. Ce ramollissement logeait à son centre un caillot de la grosseur d'une noisette, plongé dans un peu de sang liquide qui s'était fait jour à travers la désorganisation au moyen d'une ouverture inégale qui s'ouvrait dans le ventricule gauche à la partie supérieure et postérieure de la couche optique.

Le cervelet participait à l'engorgement sanguin du cerveau; les membranes situées sur les parties de ses lobes contenues dans les fosses occipitales étaient le siége d'une infiltration sanguine semblable à une forte ecchymose.

Rien de remarquable dans la poitrine.

Abdomen. L'estomac, rétréci et très-ridé, était le siége d'une inflammation qui paraissait déjà ancienne. Les petits intestins, généralement très-rouges et très-injectés, présentaient dans divers points de

leur étendue des plaques de diverse grandeur et d'un rouge livide. Partout où l'on rencontrait ces plaques, il y avait épaississement des parois. L'intérieur de ces intestins contenait un enduit muqueux légèrement teint en rouge.

Cette observation peut assez bien faire suite, sous le rapport de l'altération cérébrale, à celles que je viens de citer d'après M. *Lallemand* et d'autres auteurs. On voit d'abord une désorganisation profonde, une véritable infiltration, à laquelle succède un épanchement sanguin. On trouve ici réunies l'infiltration et l'hémorrhagie. En outre, les symptômes ont la plus grande ressemblance avec ceux que M. *Lallemand* a remarqués dans des cas semblables, et surtout avec ceux que l'on a regardés comme constituant la fièvre ataxique. Cette malade, lorsque je l'ai vue, présentait en effet tous les symptômes de cette maladie portée au dernier degré

L'auteur des lettres sur l'encéphale regarde la paralysie avec roideur tétanique des muscles comme le caractère essentiel du ramollissement du cerveau. Cette malade, quoiqu'aux derniers instans de sa vie, a présenté ce phénomène, et l'autopsie a confirmé l'opinion de ce savant observateur.

On a trouvé en outre une inflammation très-vive, déjà ancienne, de l'estomac et des intestins, qui probablement était antérieure à la maladie cérébrale, puisque, d'après les renseignemens obtenus, il résulte qu'une forte fièvre existait avant le coma et la paralysie, qui ne sont survenus que quelques jours après, et que cette fièvre était encore très-vive lorsque je pus observer la malade. La maladie du cerveau a-t-elle été cause de celle de l'abdomen? Cette dernière a-t-elle produit celle de l'encéphale? Ou bien le hasard aurait-il déterminé simultanément ces deux maladies sans que l'une soit la conséquence de l'autre? Je laisse cette question à résoudre. Je me contente seulement d'énoncer un fait. Qu'il me soit permis cependant de rappeler ici quel rôle important jouent les sympathies dans les maladies, et combien celles de l'abdomen ont d'influence sur le développement de celles de l'encéphale, et réciproquement. Enfin, si de

deux appareils d'organes malades l'un présente des traces plus anciennes de lésions, il semble assez raisonnable de soupçonner comme consécutives les altérations qui paraissent plus récentes.

XVI.e OBSERVATION.

La nommée Marianne Angé, âgée de soixante-sept ans, d'une faible constitution, d'un embonpoint médiocre, se plaignait depuis un ou deux jours de céphalalgie, de douleurs et de crampes dans les membres du côté droit, principalement dans la cuisse et la jambe, lorsque, le 18 avril 1823, travaillant à l'aiguille avec sa fille, elle perdit subitement connaissance, et fut frappée dans la cuisse, la jambe et le bras droits, de paralysie accompagnée de flexion spasmodique et de roideur de ces membres. Je la vis deux heures après. Elle était dans l'état suivant : coma, bâillemens continuels, face colorée, pupilles très-contractées, bouche légèrement déviée à gauche, paralysie à droite, roideur convulsive du sterno-mastoïdien droit, qui dirige la face à gauche; contraction des muscles du moignon de l'épaule du côté paralysé, et flexion spasmodique de l'avant-bras, qui est appuyé fortement contre la poitrine; roideur et extension de la cuisse et de la jambe paralysées; peau de ce côté insensible à de très-forts pincemens. Le bras gauche, fortement fléchi, a fait éprouver une vive résistance lorsqu'on a voulu l'étendre pour y pratiquer une saignée (trois palettes), qui parut indiquée. Le talon gauche, fortement appliqué sur la fesse, y revenait subitement lorsqu'on essayait d'étendre la jambe, fortement fléchie sur la cuisse. Pouls et chaleur dans l'état naturel. Il est à remarquer qu'après la saignée, et malgré l'état comateux de la malade, elle ramenait du bras gauche, par un mouvement machinal, son drap, toutes les fois qu'on cherchait à la découvrir. (Eau froide sur la tête, deux sinap. aux jambes.)

Le 19 au matin (2.e jour), vomissemens verdâtres pendant la nuit, langue légèrement blanche et humide, moins de coma. La malade

paraît comprendre, lorsqu'on lui dit de tirer sa langue; respiration très-libre, moins de roideur dans le côté paralysé, bouche plus déviée à gauche, mouvemens des membres gauches assez libres. (Petit-lait édulc., dix sangsues derrière l'oreille gauche, lavement purg.)

Le 20 (3.e jour), face rouge, chaleur, pouls lent et développé. Elle porte continuellement le bras non paralysé du côté gauche de sa tête. Peu de changement dans les autres symptômes.

Le 21, au matin (4.e jour), diminution marquée de la roideur du côté paralysé; mouvemens libres du côté sain; pouls moins développé.

Le soir, face rouge; elle *fume la pipe*; gêne de la respiration produite par le relâchement des parties qui avoisinent la glotte, alternative de roideur et de relâchement dans les muscles du côté paralysé. La malade, toujours sans connaissance, paraît plus agitée; sa respiration se presse davantage lorsqu'on pince fortement la peau de ce côté.

Le 23 (6.e jour), résolution complète du bras paralysé; dilatation naturelle des pupilles à la lumière.

Le 24 (7.e jour), distension considérable de la vessie, la malade urine par regorgement, sortie d'une grande quantité d'urine, au moyen du cathétérisme; mieux marqué dans les autres symptômes.

Le 25 (8.e jour), depuis deux jours amélioration marquée dans l'état des fonctions intellectuelles; les yeux se dirigent vers différens objets, sur lesquels l'attention de la malade paraît se fixer; elle comprend ce qu'on lui dit, veut y répondre, mais il lui est impossible de faire entendre même un son. La sensibilité est revenue dans les membres paralysés; l'état du pouls a peu varié. Cette amélioration se soutient les deux jours suivans.

Le 28 (11.e jour), agitation et plaintes fréquentes pendant la nuit; face rouge et animée, chaleur vive, pouls dur et fréquent, empâtement et météorisme du ventre. (Dix sangsues derrière les oreilles.) A une heure, après quelques cuillerées de bouillon qu'on veut lui faire avaler, agitation très-grande, face violette, yeux larmoyans, sueur générale. Cet état dure jusqu'à deux heures environ, après quoi la face devient moins rouge et moins tuméfiée. Elle porte souvent la main

gauche du même côté de la tête. Résolution complète à droite; pouls dur, développé (quatre-vingt-dix puls.). L'urine que l'on retire de la vessie, et qui a noirci la sonde, est extrêmement fétide. (Nouvelles applications froides, sinapismes).

Le 29 (12.e jour), coma profond, insensibilité générale, pupille droite dilatée, émission involontaire des urines, (on avait jusque-là sondé cette femme deux fois par jour).

Le 30 (13.e jour), face rouge, respiration un peu gênée, résolution complète des membres. Morte la nuit, à deux heures, dans l'état comateux le plus profond.

Autopsie cadavérique douze heures après la mort. Pupille droite dilatée, large excoriation à la jambe et à la peau du sacrum du côté paralysé.

Tête. Arachnoïde transparente sur les deux hémisphères, d'une sécheresse remarquable sur le gauche, légèrement infiltrée sur le droit. La pie-mère fortement injectée. Ces deux membranes peu consistantes. La pie-mère se détache facilement de l'interstice des circonvolutions du côté droit. Toutes les veines qui, placées sur la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche, vont se rendre au sinus longitudinal, sont très-pleines et très-injectées; elles laissent, après être enlevées, des sillons très-sensibles creusés dans l'épaisseur des circonvolutions, qui à cet endroit sont aplaties, et fortement pressées les unes contre les autres.

Le cerveau, d'une consistance remarquable, est très-injecté. A la partie externe, supérieure et postérieure de la couche optique gauche, on trouve la substance médullaire ramollie, désorganisée, couleur chocolat. Cette altération est circonscrite dans une étendue du volume d'une petite noix par des espèces de parois, dont la rougeur et la mollesse vont en diminuant jusque dans la substance blanche placée supérieurement et restée saine. La partie inférieure communique avec un vaste foyer rempli de caillots de sang noir coagulé, occupant toute la partie inférieure des lobes moyen et antérieur de l'hémisphère gauche. La paroi inférieure est formée en arrière par une

légère couche de substance médullaire unie à l'arachnoïde, qui tapisse la portion recourbée du ventricule gauche qui loge la corne d'ammon. Toute la longueur du corps cannelé et de la couche optique forme la paroi interne, et le reste de ce foyer est circonscrit par la substance grise des circonvolutions inférieures, étant borné en haut par la substance médullaire. Ces parois sont en général molasses, et offrent un mélange de sang et de substance cérébrale désorganisée, d'un rouge foncé qui s'affaiblit en l'approchant de la substance grise. Le ventricule droit contient un peu de sérosité sanguinolente; le gauche est comprimé, et ses parois sont appliquées l'une contre l'autre.

Poitrine. Cœur volumineux, épaississement des valvules du ventricule gauche; les valvules sigmoïdes remplissent leurs fonctions.

Abdomen. Muqueuse de l'estomac ridée, et légèrement injectée à la paroi antérieure; intestins rougeâtres, injection très-vive du péritoine contenu dans le petit bassin, principalement à la portion qui tapisse la vessie; membrane interne de cet organe rouge, boursouflée et enflammée; environ un verre d'urine fétide et sanguinolente.

J'ai cru devoir placer ici cette observation plutôt que de la ranger parmi celles d'hémorrhagies, parce qu'elle me paraît véritablement un ramollissement avec infiltration sanguine, auquel a succédé, vers les derniers jours, une forte hémorrhagie, qui en désorganisant promptement le cerveau dans une grande étendue, n'a pas tardé a entraîner la mort. Si l'on examine un moment la marche des symptômes, on verra qu'ils indiquent d'une manière tranchée l'époque où la seconde altération a succédé à la première. On a remarqué dans les premiers jours un mélange de paralysie et de roideur spasmodique, qui a été accompagné au début par un coma profond qui s'est dissipé dans la suite; une amélioration marquée a eu lieu pendant quatre jours, et aurait pu faire naître quelque espoir, si, au lieu de marcher vers la flaccidité, la paralysie eût diminué en même temps que les autres symptômes. M. *Lallemand*, comme je l'ai dit, regarde la roideur des parties paralysées comme le signe caractéristique de

l'inflammation, ou du ramollissement avec injection sanguine. Il recommande de se méfier de l'amélioration qui succède presque toujours à l'appareil effrayant de l'invasion, et qui est, dans la plupart des cas, suivi d'une rechute dont l'issue est une mort prompte. Ce qu'on a pu remarquer ici dans les dix premiers jours se rapporte parfaitement à ce que dit ce savant, et est pleinement confirmé d'ailleurs par la ressemblance parfaite qui existe entre le ramollissement trouvé chez la femme Angé et ceux qu'il cite dans sa première lettre. Dailleurs comment concevoir qu'avec une désorganisation aussi énorme que celle produite par l'épanchement, cette femme ait pu vivre assez long-temps, et surtout qu'on ait remarqué pendant quatre jours une amélioration que n'eût certainement pas permis l'épanchement, dont l'augmentation devait nécessairement amener celle de la progession des symptômes, qui s'étaient montrés si graves à l'invasion. Je pense donc que l'hémorrhagie ne s'est manifestée que vers le onzième jour, et que les symptômes d'infiltration sanguine ont cessé pour faire place à ceux d'un épanchement prompt et considérable.

Avant de terminer, je rappellerai l'état de spasme et de flexion des membres non paralysés. Je pense que ces spasmes peuvent s'expliquer par la pression résultant de la forte turgescence sanguine de l'hémisphère malade sur l'hémisphère sain, augmentée encore par la résistance du crâne. Aussi a-t-on vu le spasme diminuer insensiblement au fur et à mesure que la connaissance revenait, et disparaître entièrement lorsqu'à cette fluxion considérable succéda un moment de détente annoncée par la disparition du coma.

XVII.e OBSERVATION.

Une veuve âgée de soixante-deux ans, très-dévote, tomba, à la suite de chagrins violens, dans un état de langueur et d'amaigrissement. Ses idées se dérangèrent, elle déraisonnait parfois, principalement depuis quelque temps, lorsque, le 1.er janvier dernier, elle

tomba dans sa chambre, et fut relevée paralysée et sans connaissance. Elle reprit dans la journée l'usage de ses sens, mais sans qu'elle ait la conscience de ce qui lui était arrivé le matin. Amenée le 7 à l'hôpital, elle fut observée dans l'état suivant : ecchymose de la tempe et de l'œil droits, trouble dans les fonctions intellectuelles, principalement dans la mémoire des mots ; elle entend bien les questions qu'on lui adresse, mais, ne pouvant pas trouver les expressions propres, elle y répond par quelques monosyllabes incohérens qu'elle prononce avec un peu de difficulté ; elle tire facilement sa langue, qui est pâle, humectée, et se dirige du côté gauche. Tout ce côté est complètement paralysé ; mais la peau a conservé sa sensibilité, et les fléchisseurs du membre inférieur présentent une certaine rigidité. Toux assez fréquente, sans expectoration ; pouls et chaleur presque dans l'état naturel. (Infusion de tilleul, potion gommeuse, douze sangsues derrière les oreilles.)

Le 8 janvier (8.e jour), elle paraît mieux comprendre ce qu'on lui dit, elle articule un plus grand nombre de mots. Lorsqu'on soulève le bras paralysé, il reste en place, comme dans la catalepsie. Même état du reste. (Sinapismes aux jambes.)

Le 10 janvier (10.e jour), resserrement des mâchoires, difficulté très-grande pour ouvrir la bouche, impossibilité d'en sortir la langue ; toux avec expectoration puriforme, pouls développé et fréquent.

Du 11 au 20 janvier (20.e jour), la toux, accompagnée de crachats purulens, a été en augmentant ; l'expectoration devint très-abondante vers la fin ; les matières fécales, malgré quelques lavemens purgatifs, ont toujours été retenues ; la vessie, constamment remplie d'urine, ne se vida tout le temps que par le secours de la sonde. Il y eut continuellement de la fièvre, dont les paroxysmes se montraient à des époques irrégulières, et s'annonçaient par une coloration inégale de la face, et surtout par la rougeur vive de la pommette gauche. La malade allait toujours en s'affaiblissant ; la paralysie fit quelques progrès, et les fonctions intellec-

tuelles, qui avaient peu varié, ne s'éteignirent que quelques heures avant la mort, qui fut calme et sans agonie.

Le lendemain, j'en fis l'ouverture, conjointement avec M. *Despagne*, interne, à qui je dois les détails qui précèdent, et nous trouvâmes ce qui suit : ecchymose considérable sur la région temporo-pariétale droite, rougeur très-vive, semblable à une ecchymose, des membranes qui enveloppent l'hémisphère droit. La pie-mère des circonvolutions de cet hémisphère était d'un rouge très-foncé, qui devenait d'autant plus intense qu'on s'approchait davantage de la scissure de *Sylvius*. Dans cette scissure existait un caillot de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. Au milieu de ce caillot on distinguait des rameaux de la cérébrale antérieure, et quelques branches veineuses. La substance grise, placée auprès de la petite aile du sphénoïde, présentait une cavité irrégulière ayant deux pouces environ dans sa plus grande étendue, et logeant la partie inférieure du caillot dont il vient d'être parlé. Cette cavité, occupant toute l'épaisseur de la substance corticale, offrait une surface ramollie, d'un rouge brun, qui, raclée avec le dos du scalpel, se détachait facilement de la substance blanche sous-jacente. Le reste de l'organe était très-consistant, et ses ventricules contenaient de la sérosité sanguinolente.

Poitrine. Adhérences anciennes dans beaucoup de points des poumons, quelques traces d'hépatisation à la partie postérieure du poumon gauche, duquel sortait un liquide purulent qui paraissait venir des bronches et de leurs divisions, à chaque incision qu'on faisait dans le parenchyme ; cœur assez volumineux, commencement d'hypersarcose du ventricule gauche.

Abdomen. Phlogose légère des petits intestins, inflammation très-intense du cœcum et de la portion ascendante du colon, qui étaient d'un rouge-brun, et enduits à l'intérieur de mucosité sanguinolente; les portions transverse et descendante du dernier de ces intestins contenaient beaucoup de matières excrémentitielles.

Il y avait sur ce cadavre une disposition anatomique particulière,

des organes du bas-ventre. Le foie, moins large et plus allongé que de coutume, descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic. L'estomac, au lieu d'être placé horizontalement, occupait une position verticale; sa grande courbure, tournée entièrement à gauche, était logée supérieurement dans une espèce de gouttière que formait la rate. La petite courbure formait verticalement un segment de sphère, dont la colonne vertébrale était la corde, et au milieu duquel on apercevait une portion du pancréas. Le pylore était appuyé sur les premières lombaires, et la grosse extrémité correspondait à la partie gauche du centre aponévrotique du diaphragme. Une partie du colon ascendant recourbée plongeait dans le bassin, en formant une espèce d'S très-imparfaite. Le colon transverse se trouvait au niveau de l'ombilic. Cette disposition, réduisant presqu'à rien la portion descendante, rendait l'S iliaque beaucoup plus considérable.

Cette femme, à la suite de chagrins violens qui paraissent avoir exercé une influence fâcheuse et continuée sur l'arachnoïde et la pie-mère, par l'état de fluxion habituelle qu'y entretenait le cerveau, tendu sans cesse sur des idées tristes et contemplatives, a fini par éprouver dans les facultés intellectuelles un trouble qui s'est manifesté par du délire à des intervalles plus ou mois rapprochés. Il est probable que ce délire était dû à un état commençant d'inflammation des méninges, qui n'a du faire qu'augmenter sous l'influence toujours prolongée des mêmes causes. A l'ouverture, on trouva l'arachnoïde et la pie-mère fortement enflammées, épaissies, et à l'endroit même de la scissure de *Sylvius*, où rampent dans la pie-mère des vaisseaux nombreux, un caillot contenu entre cette membrane et la surface des circonvolutions. Ne peut-on pas penser que cette apoplexie est le produit de la rupture d'un vaisseau de la pie-mère, et que le caillot qui en est résulté, en contact avec la substance cérébrale, a fini par l'enflammer comme corps étranger, et par s'y former une demeure en la désorganisant?

On trouve encore ici dans une partie du colon une inflammation très-vive coïncidant avec celle des méninges.

Cette observation présente en outre une circonstance qui est ici de peu de valeur, mais qui, dans un cas de médecine légale, pourrait être d'une grande importance. Le défaut de renseignemens sur ce qui a précédé l'attaque fait qu'on ignore si elle est le résultat d'une chute sur le région temporale droite, ou si la chute a déterminé consécutivement l'apoplexie. L'ecchymose des tégumens qui se trouve du même côté que l'épanchement du cerveau, et qui par conséquent indique que la malade a tombé sur le côté non paralysé, mettrait (dans la supposition où l'apoplexie aurait déterminé la chute) cette observation en contradiction avec *Morgagni*, qui en pareil cas prononça, qu'en voyant une ecchymose d'un côté, du côté opposé on trouverait un épanchement. Il confirma deux ou trois fois cette remarque, entre autres chez un mendiant, qui, continuellement assis, fut frappé d'apoplexie, et tomba sur le côté paralysé. Il résulterait de l'opinion de *Morgagni* que la femme qui fait le sujet de cette observation aurait été frappée d'apoplexie par le fait de la chute, puisque l'ecchymose se trouve du côté non paralysé. Cependant peut-on toujours prononcer à coup sûr? et n'est il pas quelques cas où le hasard puisse mettre en défaut l'observation? Je conçois, par exemple, qu'étant debout, on tombe du côté paralysé par la cessation subite de l'action des muscles qui servent à la station; mais j'ai peine à ne pas croire qu'assis comme l'était le mendiant de *Morgagni*, le hasard ne puisse pas également faire que le corps se trouve entraîné à tomber du côté où il se trouve le plus dévié de son axe vertical. Si l'on veut d'ailleurs se rappeler que cette femme était, par l'état des méninges, disposée depuis long-temps à la maladie qui l'a fait périr, on verra que la circonstance de la chute, comme cause, perd beaucoup de sa valeur (1).

---

(1) Des renseignemens plus exacts, que je me suis procurés depuis peu, et après la rédaction de cette observation, m'ont appris que l'apoplexie avait déterminé la chute de cette femme, et qu'on la releva avec des mouvemens convulsifs.

L'observation suivante ne présente, selon moi, aucune obscurité sous le rapport de l'évidence de cette cause.

XVIII.e OBSERVATION.

Un vieillard âgé de soixante-dix ans, terrassier, tomba, au mois de décembre dernier, d'une hauteur de vingt-deux pieds environ. Le lendemain de sa chute, il fut reçu à l'hopital de Versailles. Quoiqu'il eût l'air un peu hébété, il conservait cependant assez de présence d'esprit pour répondre aux questions qu'on lui adressait; mais il ne le faisait que difficilement, et que lorsqu'on lui parlait assez haut pour le tirer d'un assoupissement léger, dans lequel il retombait aussitôt qu'on cessait de fixer son attention. On remarqua de légères contusions sur les membres, dont les mouvemens étaient assez faciles; il n'accusait aucune douleur à la tête. (On le saigna, et on le mit à l'usage des boissons délayantes.) Pendant la nuit, les symptômes de l'apoplexie se manifestèrent, et le lendemain de son entrée (troisième jour depuis la chute), il était plongé dans un état comateux profond, accompagné de paralysie complète de tout le côté gauche. Le côté droit, privé de mouvement, avait conservé sa sensibilité; car, malgré sa perte absolue de connaissance, ce vieillard paraissait éprouver de la douleur lorsqu'on pinçait la peau de ce côté seulement. La respiration, qui était déjà stertoreuse, s'embarrassa de plus en plus, et il mourut le deuxième jour de son entrée, dans un état d'insensibilité complète.

Autopsie cadavérique. On trouva dans toute l'épaisseur du cuir chevelu qui recouvre la base occipitale gauche une forte ecchymose de l'etendue d'une pièce de cinq francs; toute l'épaisseur du crâne était plus rouge dans cet endroit. Il n'y avait pas de fracture.

Une infiltration gélatiniforme occupait toute l'étendue de l'arachnoïde, qui, épaissie, opaque, se détachait facilement de la surface des circonvolutions. Les membranes correspondantes étaient d'un rouge très-foncé, mais dans une bien plus grande étendue que l'ecchymose extérieure.

Le cerveau était généralement ferme; mais on fut frappé, après qu'on l'eut enlevé, de la mollesse de toute la partie inférieure du lobe postérieur de l'hémisphère droit. Le bistouri plongé sur la partie latérale, on ouvrit une large caverne qui aurait pu recevoir un gros œuf de poule; il en sortit aussitôt un mélange de sang noir, liquide, de caillots et de substance cérébrale désorganisée. Cette caverne, qui occupait toute la partie du lobe postérieur située dans la fosse occipitale droite et supérieure, était bornée en bas par la substance grise des circonvolutions. La paroi supérieure présentait, après qu'on l'eut raclée, un nombre considérable de points rouges gros comme des grains de millet, incrustés dans la substance médullaire, à laquelle ils donnaient l'aspect de granit. Cette disposition existait en bas également, mais seulement pour ce qui restait de substance médullaire, car les poinst rouges disparaissaient à la substance grise. Les ventricules contenaient de la sérosité sanguinolente plus foncée dans le droit, qui logeait un petit caillot.

Il est à remarquer que les vaisseaux qui traversent les couches optiques et les corps striés étaient très-développés. Ces derniers corps offraient dans leur intérieur de petites cavités à surface lisse, qui auraient pu contenir un grain d'orge. La substance n'était nullement altérée, et elles paraissaient résulter plutôt d'une disposition anatomique que d'un état maladif.

Nous n'avons rien trouvé de remarquable dans les organes des autres cavités.

Je crois qu'ici on peut, sans crainte de se tromper, affirmer que la chute est la cause de l'apoplexie. L'état du malade à son entrée prouve que la maladie n'existait point encore, ou qu'au moins elle n'était qu'à son début. On voit dans cette observation que les épanchemens n'arrivent pas toujours, dans les cas de contusion à la tête, sur l'endroit frappé, mais bien dans un lieu plus ou moins éloigné. Chez ce sujet, la contusion a eu lieu à gauche, et le cerveau à été lésé à droite dans l'endroit correspondant. On trouve dans les auteurs beaucoup de faits analogues à celui-ci, dans lesquels un épanchement ou une

inflammation ont été produits plutôt par contre-coup que par action directe.

Le lieu qu'occupait l'épanchement sanguin dans le cerveau de cet homme me rappelle un passage de la 5.e épître (n.° 18) de *Morgagni*, dans lequel, à l'occasion du siége de l'apoplexie, il s'exprime en ces termes : « Vous voudrez savoir ensuite pourquoi, dans un cas « rapporté par *Wepfer*, une cavité s'étendait jusqu'au front, à tra- « vers le lobe antérieur, *tandis qu'on n'en a jamais trouvé qui s'éten- « dît jusqu'à l'occiput.* » Ainsi *Morgagni*, qui a vu tant d'apoplexies, qui en a tant lu d'observations dans les auteurs qui l'ont précédé, affirme qu'on n'a jamais trouvé d'épanchemens à travers le lobe postérieur. A quoi tient cette circonstance? Pourquoi trouve-t-on si rarement le siége de l'apoplexie dans les lobes postérieurs? Pourquoi le rencontre-t-on bien plus fréquemment dans les antérieurs et les moyens, qui ont la même organisation? Cela tiendrait-il à ce que la portion des lobes postérieurs, logée dans les fosses occipitales, est plus éloignée des corps cannelés et des couches optiques, dans lesquels on voit si souvent l'inflammation et l'hémorrhagie ? Je n'insiste pas davantage sur cette question : mon but, en rapprochant le fait qui précède ce qu'a observé *Morgagni*, est de prouver que les réflexions qu'il en a déduites doivent confirmer dans l'opinion qu'ici l'apoplexie est le résultat de la chute, puisque l'épanchement se trouve précisément dans un endroit *où on n'en rencontre jamais*, et que, le hasard ayant fait que l'occiput a été contus, la désorganisation par une hémorrhagie a eu lieu aux environs de l'endroit frappé.

XIX.e OBSERVATION.

Une femme de la campagne, âgée de cinquante ans, se rendant au mois de mai 1822 au marché de Versailles, fut frappée d'apoplexie sur la route. Elle était seule lorsqu'on la rencontra; elle avait la tête pendante sur le devant de sa charrette, et l'on vit qu'elle avait beaucoup vomi. Le côté droit du corps était sans mouvement, la respiration sterto-

reuse, et elle expira en peu de temps. On l'amena morte à l'hôpital de Versailles pour qu'on en fît l'ouverture.

Tête. Méninges fortement injectées, cerveau consistant et gorgé de sang, caverne de la capacité d'un petit œuf de poule remplie de sang noir et de caillots, située au milieu de la substance blanche du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, à parois brunâtres et mollasses, offrant des restes de substance blanche désorganisée. Cette caverne s'ouvrait dans le ventricule gauche au moyen d'une ouverture arrondie, inégale, grande de quelques lignes à la paroi antérieure de ce ventricule; la portion du corps cannelée située à cet endroit avait été fortement endommagée. Ventricules remplis de sang, en partie fluide et en partie coagulé; rupture du *septum lucidum* par le liquide.

Abdomen. L'estomac, légèrement distendu, était à l'extérieur le siége d'une infiltration sanguine; on trouva vers la grosse extrémité la membrane muqueuse fortement enflammée, et parsemée dans quelques points de plaques rouges. Les intestins contenaient sept vers lombrics de différente longueur; les portions de leur membrane muqueuse en contact avec les vers étaient rouges et injectées. On a aussi trouvé sur l'iléon trois invaginations; l'une à six pouces du cœcum, et les deux dernières, distantes l'une de l'autre d'environ six pouces du côté de l'extrémité du jéjunum, étaient à un pied de la première.

C'est avec beaucoup de raison que *Morgagni* se plaint des lacunes que laisse, dans quelques observations, le défaut de renseignemens sur ce qui a précédé ou accompagné la mort chez les gens du peuple et de la campagne. On regrette ici de ne pas savoir ce qui a précédé l'attaque d'apoplexie de cette femme; on ignore si elle était malade depuis quelques jours; ce qu'elle a dû éprouver, etc. Certes, des renseignemens eussent rendu plus complète cette observation; car les altérations de l'abdomen ont dû nécessairement produire une série de symptômes que quelques détails eussent fait connaître. On peut cependant avancer avec assez de vraisemblance, que, si cette femme était malade, ce qu'elle éprouvait n'était pas assez grave

pour que ses occupations en souffrissent, puisqu'on voit qu'elle est partie seule de chez elle pour se rendre à la ville. On a cru long-temps que les invaginations des intestins causaient des coliques et des douleurs très-vives. Cette observation pourrait servir à appuyer l'opinion contraire émise par quelques auteurs, et particulièrement, par M *Broussais*, qui pense qu'elles reconnaissent pour cause l'inflammation des intestins, et qu'elles ne causent pas de douleurs. Ici les petits intestins étaient enflammés aux endroits de leurs membranes muqueuses, sur lesquelles étaient les vers. Les différentes circonstances qui précèdent seraient une preuve nouvelle que nos organes ne rendent pas toujours à l'extérieur, par des symptômes tranchés, les différens états maladifs qui agissent sur leur sensibilité; car je ne pense pas que l'on admette que l'apoplexie ait pu produire l'inflammation ou les invaginations. Il paraît donc démontré qu'une inflammation de l'abdomen préexistait aux désordres que l'on a trouvés dans le crâne. On voit encore ici une preuve de l'action réciproque des sympathies de l'abdomen et de l'encéphale. Au reste, personne ne peut nier l'effet des affections vermineuses, auxquelles on attribue généralement une série de symptômes spasmodiques qui dépendent toujours d'un trouble plus ou moins considérable du cerveau ou des méninges. Les auteurs sont remplis de faits qui démontrent que les symptômes nerveux les plus redoutables, et la mort même, sont le résultat de ces affections ou coïncident avec elles. On sait combien il est fréquent de voir les vers des intestins exister avec leur inflammation.

XX.e OBSERVATION.

Le nommé Languet, âgé de cinquante-cinq ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, adonné depuis long-temps à l'abus de l'eau-de-vie, et presque toujours dans un état d'ivresse, venait, le 27 juin 1823 au matin, de manger un peu de soupe, lorsque tout à coup il s'écrie qu'il se trouve mal, et tombe subitement sans parole et sans connaissance.

A neuf heures, il était dans l'état suivant : face un peu colorée, yeux saillans et entr'ouverts, bouche un peu déviée à gauche, paralysie sans roideur du bras droit, ou peu de roideur dans les fléchisseurs de la jambe de ce côté, qui est également paralysée, pouls dans l'état naturel. Le malade comprend lorsqu'on lui dit de tirer la langue, mais il ne peut la sortir de la bouche ; les pincemens que l'on exerce sur la peau de l'un et de l'autre côté ne paraissent que faiblement perçus par le cerveau ; on est obligé de lui mettre la camisole pour qu'il ne tombe pas de son lit. (Eau de veau, douze sangsues sur les côtés du cou, saignée de trois palettes.)

Le lendemain, 28 juin, les facultés intellectuelles sont en meilleur état ; il prononce quelques mots que l'on ne peut entendre distinctement. il perçoit mieux les pincemens que l'on exerce sur la peau ; on s'aperçoit qu'il urine involontairement ; mais on apprend qu'ayant été opéré de la pierre à l'âge de sept ans, il lui est resté une incontinence habituelle d'urine. Le reste de la journée se passe bien, et les facultés intellectuelles reviennent de plus en plus. Tout à coup, a dix heures du soir, la face devient très-rouge, les yeux sont saillans, la bouche se couvre d'écume, la respiration, très-libre jusqu'alors, devient stertoreuse et bruyante ; le malade est agité d'un tremblement convulsif général, son corps se couvre de sueurs, et il expire à deux heures du matin dans une insensibilité parfaite. (On avait fait le matin des applications froides sur la tête ; on avait appliqué douze autres sangsues au cou et deux sinapismes aux jambes.)

Autopsie cadavérique. Epanchement très-superficiel de sang noir occupant toute l'étendue de l'hémisphère droit, tout le cervelet et le commencement de la moelle épinière. Cet épanchement était plutôt une infiltration de sang entre la pie-mère et l'arachnoïde de toutes les parties que je viens de nommer ; il pénétrait même dans la pie-mère contenue entre les circonvolutions de l'hémisphère droit seulement ; car le gauche en était entièrement exempt, et les membranes qui le recouvrent étaient d'une transparance et d'une sécheresse remarquables. Les circonvolutions de cet hémisphère (gauche) étaient

aplaties, pressées les unes contre les autres, et paraissaient avoir éprouvé de la part du crâne un certain degré de compression. Cette disposition, que j'avais déja remarquée (obs. 16), me fit penser que cet hémisphère logeait un épanchement considérable; et en effet, après être parvenu au centre médullaire, nous avons remarqué une vaste caverne qui aurait pu contenir un gros œuf de dinde, et de laquelle s'épancha une grande quantité de sang noir fluide; nous retirâmes un très-gros caillot, dont la surface était incrustée de quelques débris de substance cérébrale. La substance médullaire de la partie inférieure des lobes moyen et antérieur était détruite: il n'en existait plus qu'une couche légère, que l'on raclait facilement de dessus la substance grise des circonvolutions, et qui avait l'aspect et la consistance d'une creme rosée. Cette substance présentait en outre de petits épanchemens gros comme des têtes d'épingles incrustés çà et là dans son épaisseur. La partie postérieure de cette caverne était bornée par la corne d'ammon et la paroi inférieure de la portion recourbée du ventricule. Le côté externe du corps strié et de la couche optique était désorganisé. Le sang s'était frayé une route dans le ventricule droit, en franchissant la partie la plus postérieure du *septum lucidum*. Ensuite ce liquide s'était fait jour à travers la grande fente cérébrale et les prolongemens que la pie-mère y envoie pour former les plexus choroïdes, et avait pénétré par ce moyen entre les circonvolutions et les membranes du côté sain et de tout le cervelet pour former l'infiltration qui a déjà été notée.

Le cœur était très-volumineux; les parois du ventricule gauche avaient un pouce et demi d'épaisseur.

L'estomac présentait, dans différens points de sa membrane muqueuse, une injection semblable à de légères vergetures.

On a pu voir par les premiers symptômes qu'a éprouvés cet homme à son entrée combien on pouvait avoir d'espoir de guérison, surtout le lendemain, où les facultés intellectuelles commençaient à revenir, où la sensibilité de la peau reparaissait en même temps que les progrès de la paralysie n'augmentaient pas. On peut

raisonnablement penser qu'il n'y avait d'abord qu'un épanchement léger, dont l'augmentation subite, amenée par une nouvelle congestion, a plongé le malade dans un coma profond, qui a été suivi de la mort.

Je reviendrai ici sur une circonstance de l'autopsie, que j'ai notée, et que je n'avais pas encore rencontrée. Pourquoi l'infiltration dont j'ai parlé occupait-elle tout l'hémisphère droit et tout le cervelet? Pourquoi n'avait-elle pas lieu également sur l'hémisphère malade? Je pensais bien que cette altération ne devait pas être la cause de la paralysie, puisqu'elle existait du même côté qu'elle. En conséquence, avant d'ouvrir le cerveau, j'ai séparé avec soin les membranes des deux hémisphères, et j'ai pu remarquer et faire remarquer que du côté de l'infiltration ces membranes s'enlevaient facilement en laissant écouler, surtout des portions de la pie-mère qui s'enfoncent dans les circonvolutions, tout le sang qui en occupait les mailles, et qui faisait paraître la surface de l'hémisphère droit et celle de tout le cervelet comme frappées d'une large ecchymose; tandis que, comme je l'ai dit, la pie-mère de l'hémisphère gauche, à peine injectée, s'enlevait plus difficilement de l'intervalle des circonvolutions, fortement serrées les unes contre les autres, et laissait à peine échapper quelques gouttes de liquide. Je ne doutai plus alors, après avoir examiné le cerveau, que le sang avait reflué du ventricule droit dans les membranes par la fente cérébrale, et que, si le même effet n'avait pas eu lieu de l'autre côté, c'est que la compression énorme qu'y avait produit l'épanchement, en serrant contre le crâne la substance de tout cet hémisphère, s'était opposée à tout afflux de sang entre les membranes qui le recouvrent.

XXI.e OBSERVATION.

La nommée Marie-Jeannette Canoville, âgée de soixante-dix-huit ans, entra à l'hôpital de Versailles, le 29 septembre 1821, en qualité d'infirme, à la suite d'une paralysie qui depuis quelque temps oc-

cupait le côté droit du corps. Elle était naturellement gaie; mais depuis sa maladie elle était devenue sujette à de forts et fréquens accès de colère ; il lui restait un peu de difficulté pour articuler les mots, et une faiblesse des sphincters de l'anus et de la vessie. A compter du mois de janvier 1822, elle devint moins irascible, elle se leva, et put marcher avec facilité. Au bout de quelques mois, sa paralysie avait tellement diminué, qu'elle était parvenue à faire son lit.

Le 22 juillet suivant, à six heures du matin, elle fut prise d'un tremblement convulsif de tout le corps avec une écume très-abondante à la bouche. A huit heures, coma profond, tremblement moins considérable, dilatation de la pupille gauche, contraction de la droite; paralysie du côté gauche accompagnée de roideur tétanique des muscles de l'épaule, respiration fréquente, pouls dur, développé, parfois intermittent ; sueur générale. (Saignée du bras, trois palettes; eau froide sur la tête, sinapismes aux jambes.)

A midi, respiration stertoreuse et plus fréquente, agitation à chaque fois qu'on remue les bras de la malade; par intervalles irréguliers, spasmes, pendant lesquels les bras, roides et allongés, pressent et rapprochent l'une contre l'autre les faces dorsales des mains. (Une autre saignée de trois palettes.) Peu de temps après, les spasmes cessèrent pour faire place à une résolution complète ; la chaleur s'éleva, le pouls devint plus fréquent, la respiration plus stertoreuse, et elle mourut à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie cadavérique. Rougeur vive et injection considérable des méninges. Après avoir écarté un peu les deux hémisphères, on reconnut sous le corps calleux, qui était saillant et fortement refoulé en haut, une fluctuation manifeste. Au milieu du centre latéral droit existait un vaste foyer de la capacité d'un gros œuf de poule. Ce foyer contenait un gros caillot entouré de sang fluide et noir. Sur ses parois on voyait encore des restes de substance blanche mêlés à du sang. Cette désorganisation se perdait à deux ou trois lignes dans l'épaisseur de la substance blanche environnante. La paroi interne de ce

foyer présentait encore quelques restes de la couche optique, qui était remplacée par une ouverture d'environ un pouce d'étendue, à bords très-irréguliers, d'un rouge très-foncé. Cette ouverture s'ouvrait dans le ventricule droit, qui contenait, un caillot assez volumineux et du sang noir; les trois autres ventricules étaient très-distendus par ce liquide, qui, en se faisant jour dans le ventricule gauche, avait rompu et détruit presque entièrement le *septum-lucidum*. Le centre de la protubérance annulaire était le siége d'une infiltration sanguine de trois lignes environ d'étendue.

A l'endroit correspondant de l'hémisphère gauche, vers la partie moyenne et un peu antérieure du centre ovale, à un pouce environ de la couche optique, existait une cavité à parois dures et jaunes, tapissée par une membrane lisse de même couleur, renfermant un peu de sérosité jaunâtre et trouble. A la partie interne de cette cavité, qui aurait pu contenir une aveline, s'ouvrait l'orifice d'un petit conduit aplati du haut en bas, large de deux lignes, qui se terminait au centre de la couche optique, et dont l'intérieur paraissait tapissé de la membrane dont il vient d'être parlé.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient sains.

CHAPITRE II.

Description de l'apoplexie.

§. I^er^. *Définition.*

Je vais essayer de présenter ici quelques-unes des définitions admises par les auteurs. Il me semble qu'en général ces définitions ne sont pas assez restreintes, et que les symptômes qu'elles retracent, pour peindre d'un coup-d'œil l'apoplexie, peuvent tout aussi bien se rapporter aux diverses affections soporeuses, qui se rapprochent plus ou moins de cette maladie, mais ne la caractérisent pas essentiellement. Ainsi Cullen la définit : *motus voluntarii ferè omnes im-*

minuti cum sopore plus minùsve profundo. Selon SYDENHAM : *somnus est profundissimus et omnimodò sensûs et motûs privatio, exceptâ respiratione, quam ægri habent difficilem cum stertore.* (SYD., *de Morb. omnib. curand.*) FERNEL, plus concis dans sa définition (*repentina apoplexia est motûs et sensûs omnisque animalis functionis privatio*) ne paraît décrire qu'une partie des symptômes qui la caractérisent. Enfin *Mistichelli*, *Linnæus*, *Sagar*, *Vogel*, etc., se rapprochent de la définition de *Sydenham*, et *Lieutaud* adopte en d'autres termes celle de *Boerhaave*, qui s'exprime ainsi (aph. 1008) : « On dit qu'il y a « apoplexie, quand l'action des cinq sens externes et internes et des « mouvemens volontaires est entièrement abolie, le pouls restant or- « dinairement fort, la respiration difficile, grande ou avec gonfle- « ment, et quand en même temps le malade paraît être dans un « sommeil profond et continuel. » M. *Portal* adopte en partie cette définition, en insistant sur le degré de sterteur de la respiration pour caractériser le plus ou moins de force de l'apoplexie.

On voit d'après cet aperçu que les différens auteurs que je viens de citer s'accordent généralement à regarder comme signes caractéristiques la perte des mouvemens volontaires, le coma et la respiration stertoreuse. Mais ces différens symptômes se rencontrent dans beaucoup d'affections soporeuses, et le dernier surtout peut s'étendre également aux maladies de la poitrine. Quand on a lu ces définitions, on n'a qu'une idée imparfaite de l'apoplexie.

Parmi les auteurs modernes, M. *Rochoux* la considère ainsi : « L'apo- « plexie est une hémorrhagie du cerveau par rupture, avec altération « plus ou moins profonde de sa substance. » M. *Moulin* la regarde aussi comme une hémorrhagie, mais il la divise en *active* et *passive* : le reste de sa définition se rapproche de celle de *Boerhaave*. Le résumé que je viens d'offrir est une preuve de la difficulté qu'on éprouve à bien embrasser dans une définition tous les caractères propres à donner dans une courte analyse une idée juste et concise de la nature et de l'ensemble d'une maladie. Je n'ai pas la prétention de croire que j'aie mieux réussi, ni que la définition que je donne

puisse l'emporter sur aucune de celles que je viens de citer; je n'y attache d'ailleurs que peu d'importance, et je ne me hasarde à en donner une que parce que je considère sous l'expression générique d'*apoplexie* le coup de sang, que quelques auteurs en ont isolé. Au reste, j'ai tâché de me renfermer dans une analyse des principaux phénomènes des deux nuances de la même maladie, et je la définis ainsi: L'apoplexie est le résultat d'une congestion brusque, instantanée ou permanente, ou d'une hémorrhagie par rupture dans la propre substance du cerveau, produisant par la compression générale ou la désorganisation partielle de cette substance l'abolition totale ou incomplète des fonctions de la vie animale, la paralysie générale ou bornée à une partie du corps, les fonctions organiques étant peu lésées, et se terminant par la mort plus ou moins prompte, l'hémiplégie ou le retour à la santé.

§. II. *Symptômes, marche et terminaison.*

Symptômes précurseurs. Ces symptômes, assez souvent difficiles à saisir, parfois fort obscurs, présentent en général beaucoup de variétés. Il arrive fréquemment que l'attaque d'apoplexie frappe si subitement le malade, qui peu de temps auparavant avait toute l'apparence de la santé, qu'on peut à peine se rendre compte de quelques signes avant-coureurs. Enfin il est des personnes qui ont éprouvé quelques-uns des prodromes de l'apoplexie, et qui cependant n'en ont pas été atteintes.

Quoi qu'il en soit, on peut rapporter ces symptômes à quelques signes généraux plus ou moins nombreux, plus ou moins apparens, qui n'ont souvent de valeur que quand ils existent chez des sujets d'une constitution apoplectique. Ainsi on observe d'abord tous ceux qui résultent de la pléthore sanguine, tels que tendance continuelle à l'assoupissement, surtout après le repas, rougeur de la face, injection des conjonctives, pesanteurs de tête, vue de bleuettes; teinte rouge répandue sur tous les objets environnans, tintemens et bour-

donnemens d'oreilles, vertiges, étourdissemens plus ou moins fréquens. Ce premier état est souvent suivi ou accompagné de céphalalgie et d'hémicranie plus ou moins vives, de sensibilité exquise de la vue à l'impression de la lumière, d'exaltation, et quelquefois de diminution des facultés intellectuelles, de perte incomplète ou absolue de la mémoire, etc. Enfin l'affaiblissement des sens, l'engourdissement et le fourmillement d'une ou de plusieurs parties du corps, l'embarras de la langue, le bégaiement, et la gêne de la prononciation, de légers mouvemens spasmodiques de la face, des crampes fréquentes, et quelquefois des vomissemens, complètent, dans quelques circonstances, la série des symptômes d'invasion, et annoncent une apoplexie intermittente.

Symptômes de l'attaque. Ils se rapportent essentiellement à un trouble plus ou moins profond dans les fonctions cérébrales, et à la lésion plus ou moins considérable de la sensibilité et du système musculaire.

Coup de sang (1). Je vais, afin de me conformer à l'ordre que j'ai

---

(1) Je dois rappeler ici ce que je pense du coup de sang et de la manière dont M. *Rochoux* l'envisage. Cet auteur ne considère comme tel que les cas heureux où la congestion n'a pas été assez forte pour tuer le malade. Sans se rappeler que l'hémorrhagie commence par une congestion, il attribue la mort à une syncope; et, après avoir dit (p. 158) que la syncope commence comme une forte attaque d'aplopexie, il cite à l'appui de son assertion deux observations, l'une d'une fruitière, *forte* et bien *constituée*, d'un embonpoint assez considérable, qui, causant tranquillement devant sa boutique, pâlit tout à coup, perd connaissance, se laisse tomber sur sa chaise, et meurt aussitôt. On trouva une quantité *plus qu'ordinaire de sang dans les vaisseaux de la pie-mère, dans ceux de l'intérieur du cerveau et de sa propre substance.* Il y avait beaucoup de sang dans les ventricules du cœur. L'autre, qu'il désigne affection, qui paraît être une syncope, laquelle a été précédée d'apoplexie, a rapport à une femme qui depuis deux mois gardait le lit à la suite d'un étourdissement qui lui avait fait

suivi dans l'arrangement de mes observations, d'après les différens degrés d'altération du cerveau, et afin qu'il y ait moins de confusion dans la description des symptômes, exposer ceux qui sont le résultat de chacune des trois modifications de l'apoplexie; et comme une lésion quelconque dans un organe s'annonce presque toujours par une série de phénomènes correspondans, je pense qu'il ne me sera pas impossible de déterminer ceux qui sont propres à chacun de ces trois modes d'altération cérébrale. Je commence par le coup de sang. L'invasion est presque toujours brusque; cependant elle est parfois précédée de quelques-uns des symptômes précurseurs; elle s'annonce ainsi : perte subite et instantanée de connaissance, coma profond, face rouge, violette, et même livide; dans quelque cas, les épaules mêmes participent à la congestion de la tête (*voy.* obs. 2); la peau qui les recouvre est livide, et comme ecchymosée; les membres sont privés de mouvement, et la paralysie, au lieu d'affecter un seul côté, se porte ordinairement sur les deux à la fois; les urines et les matières fécales sont rendues quelquefois involontairement. Cette série de symptômes indique une compression générale qui agit avec tant d'énergie sur le cerveau, que la vie, déjà fortement compromise, ne tarde pas à s'éteindre, avant même qu'on ait pu secourir le malade.

Cependant les choses ne se passent pas toujours de même; et si

---

perdre connaissance, et après quoi les idées se dérangèrent : elle mourut tout à coup avec de l'oppression. On trouva à l'ouverture beaucoup de *sang dans les vaisseaux des tégumens du crâne;* dans l'hémisphère droit du cerveau, une petite cavité arrondie qui pouvait loger une grosse noisettte, contenant un demi-gros de liquide purulent, et dont les parois étaient très-ramollies, etc. Il y avait, de plus, épanchement de sérosité dans les ventricules et à la base. Il est facile de reconnaître le commencement de suppuration qui succède à l'inflammation du cerveau. Aussi M. *Rochoux* convient-il qu'on aurait de la peine à croire qu'une syncope ait terminé la vie de cette femme. Enfin il termine en s'appuyant de l'observation de Pierre Fosalati, citée par *Morgagni*, dans sa troisième lettre, pour prouver que c'est à la syncope que l'on doit attribuer la mort, contre l'assertion de *Morgagni*, qui place cette observation parmi celles d'apoplexie.

cette apoplexie, lorsque la pléthore célébrale est excessive, tue subitement celui qu'elle attaque, il est beaucoup de cas (et ce sont les plus nombreux) où elle n'est qu'éphémère, et où les symptômes les plus effrayans se dissipent en peu de temps sous l'influence d'un traitement approprié, et ne laissent après eux qu'un état de somnolence qui se dissipe peu à peu, et est accompagné d'une espèce de *paralysie* des fonctions intellectuelles, qui reviennent par degrés à leur type naturel, ainsi que les mouvemens des muscles soumis à la volonté, sans qu'il reste des traces de paralysie, le cerveau n'ayant pas été désorganisé, et n'ayant éprouvé qu'une compression passagère.

Infiltration sanguine de la substance cérébrale.

Il n'en est pas de même dans cette affection, que je regarde comme le degré intermédiaire au coup de sang et à l'hémorrhagie. Ainsi à la congestion brusque et à tous les symptômes que je viens de décrire, et qui peuvent présenter au début une plus ou moins grande intensité, succèdent ceux qui indiquent déjà un commencement d'altération de la substance cérébrale; ainsi au coma, au trouble des fonctions musculaires, à l'état de turgescence de la face se joint déjà dans un côté du corps un mélange de paralysie et de phénomènes spasmodiques; ainsi il y a impossibilité de mouvoir les membres du côté paralysé, et cependant leurs fléchisseurs sont le siége d'une roideur, d'une contraction permanente (obs. 10, 15, 16, 17), et dans quelques cas, d'une simple rigidité (obs. 8, 9). Les bras sont pressés fortement contre les côtés de la poitrine, les avant-bras sont fléchis, et les poignets appliqués sur les clavicules (obs. 16); la cuisse et la jambe paralysées sont également dans la flexion (obs. 15, 16, 17). Cet état peut s'observer, au début même, dans les membres du côté sain (obs. 16). Ce n'est qu'en causant de la douleur, et après une résistance vive que l'on peut parvenir à les allonger. Les mêmes phénomènes spasmodiques occupent les muscles de la face, et le sterno-mastoïdien du côté paralysé, qui tourne la face du côté opposé, en

inclinant la tête vers l'épaule (obs. 16). Il y a de la céphalalgie, qui diminue sur la fin ; les pupilles sont contractées et immobiles (obs. 10, 15, 16). La distension de la vessie par l'urine, qui n'en sort que par regorgement, est un symptôme que l'on rencontre assez souvent (obs. 16, 17).

Cependant tous ces phénomènes sont plus ou moins intenses, suivant le degré d'altération cérébrale, et le degré de compression dans lequel, au début, l'organe aura été jeté par la congestion. Il est des cas où les malades, après avoir perdu subitement connaissance, reviennent à eux quelque temps après, et où leurs fonctions cérébrales ne sont pas assez lésées pour qu'ils n'aient pas la conscience de ce qui se passe autour d'eux. Toutes ces variétés dépendent, comme je viens de le dire, du degré d'altération ; ainsi la peau conserve souvent, malgré la paralysie, toute la sensibilité, qui est quelquefois diminuée. Mais, lorsqu'on la voit s'éteindre entièrement, on remarque que la paralysie n'est plus accompagnée de spasmes ; alors la résolution est complète, et on ne peut plus la distinguer de celle qui est produite par l'hémorrhagie. On a aussi observé, dans des cas semblables, du délire, des soubresauts dans les tendons des muscles non paralysés, de la fièvre, et enfin de la gêne dans la respiration, qui, dans quelques circonstances, devient stertoreuse. Ces derniers symptômes ne sont pas essentiels.

La marche de tous ces symptômes est, en général, fort irrégulière; et lorsque les malades ne succombent pas dans les premiers jours, ils sont dans des alternatives d'assoupissement et d'agitation, de paralysie et de mouvemens spasmodiques. Un état de calme se manifeste assez souvent quelques jours après l'invasion; un mieux général se fait remarquer, et au moment où l'on a quelque espoir, une nouvelle congestion détermine une mort prompte, ou une hémorrhagie qui désorganise plus ou moins le cerveau (*voy.* observ. 14, 16, 17), et entraîne en peu de temps le malade. Cette affection est très-grave, presque toujours mortelle, et se termine fréquem-

ment par la suppuration et les abcès, lorsque l'hémorrhagie ne lui succède pas.

Hémorrhagie cérébrale. Il ne me reste plus maintenant qu'à décrire l'hémorrhagie, et les symptômes auxquels on la reconnaît. Elle peut aussi avoir différens degrés résultant de l'étendue que le sang épanché occupe dans le cerveau, et de l'importance de la partie qu'il a désorganisée. Ainsi, dans le cas où l'épanchement est considérable (que l'on peut rapporter à ce que quelques auteurs ont nommé *apoplexie forte*), on peut remarquer tous les symptômes d'invasion que j'ai décrits pour le coup de sang intense: ainsi l'assoupissement est profond, la perte de connaissance complète; les membres sont immobiles; on remarque d'un côté du corps une paralysie avec flaccidité, et résolution subite et complète sans aucune roideur (*voy.* observ. 18, 19, 20, 21); la paupière du côté paralysé est abaissée, la pupille dilatée; cependant, au moment de l'attaque, il est des circonstances où les deux pupilles sont resserrées et immobiles; la bouche est fortement déviée et entraînée par les muscles du côté sain de la face, et lorsque les malades peuvent tirer la langue, la pointe de cet organe est déviée du côté privé de mouvement; le pouls est quelquefois plein, développé et sans fréquence; le corps, dans quelques circonstances, est couvert d'une sueur abondante (obs. 16, 20 et 21); la respiration est souvent stertoreuse, mais ce n'est que dans les derniers momens de la vie (obs. 18, 19, 20, 21); on remarque aussi une paralysie des sphincters, qui laissent échapper l'urine et les matières fécales.

La marche de cette variété de l'apoplexie est très-rapide, et la mort arrive en quelques heures (obs. 19, 20 et 21), ou au bout d'un ou deux jours (obs. 16, 18); elle est cependant moins prompte et moins foudroyante que dans quelques cas de coup de sang. Il existe, à la vérité, une grande désorganisation; mais elle n'occupe qu'un hémisphère, et l'autre n'est pas encore assez compromis pour qu'il ne puisse présider, quoique imparfaitement, à ce qui reste de

vie ; ce qui n'a pas lieu dans le coup de sang, dont l'effet est d'anéantir subitement par une compression générale les fonctions du cerveau.

Lorsque l'épanchement est peu considérable (et c'est ce que l'on peut appeler *apoplexie faible*), et que le malade, après avoir perdu plus ou moins complètement connaissance, revient à lui, on remarque du trouble dans les fonctions intellectuelles, tels que la perte de la mémoire, une sorte d'obtusion de l'entendement, des pesanteurs de tête, une disposition continuelle à l'assoupissement, de la gêne dans les mouvemens de la langue, qui se porte du côté paralysé ; les mots sont entrecoupés et mal articulés, etc.; la paralysie s'étend à un ou plusieurs membres d'un côté. Ces symptômes peuvent également avoir lieu dans le cas d'infiltration sanguine peu considérable, mais la paralysie est accompagnée de roideur ; tandis que, dans l'hémorrhagie peu intense, elle a lieu avec flaccidité ; enfin la sensibilité de la peau des parties privées de mouvement est plus ou moins diminuée, et quelquefois abolie.

Le ramollissement autour du caillot, dont la présence irrite comme corps étranger, termine souvent, dans les premiers jours, d'une manière funeste cette apoplexie légère. Mais, lorsque le malade guérit, ce qui se voit assez fréquemment, la paralysie des membres et de la peau diminue, les fonctions intellectuelles se rétablissent; cependant il est rare qu'il ne reste pas quelques traces de l'affection qui a menacé la vie. Ainsi il continue ordinairement à éprouver de la gêne dans l'articulation des sons ; il perd une partie de la mémoire, il devient parfois irascible ; le sens de l'ouïe s'affaiblit, l'activité des fonctions intellectuelles n'est plus la même; un ou plusieurs membres restent paralysés. Ce dernier phénomène indique dans un point du cerveau une lésion permanente, que la nature seule peut diminuer ou guérir.

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie cérébrale est toujours une maladie extrêmement fâcheuse, et il est bien rare que celui qui en a été frappé une fois n'y soit pas exposé de nouveau quelques mois ou quel-

ques années après : on a vu des personnes ne succomber qu'à la deuxième, la troisième, et même la quatrième attaque. Ces cas sont très-rares, et il est assez commun de voir les malades qui ont échappé à une première ne pas résister à la seconde.

§. III. *Appréciation des symptômes, complications.*

Tout ce qui a rapport aux symptômes précurseurs présente trop d'incertitude pour qu'on puisse les considérer comme étant tous propres à l'apoplexie. Les uns dépendent d'un état de pléthore qui n'entraîne pas toujours à sa suite cette terrible maladie. Il en est quelques-uns qui peuvent s'y rattacher davantage, sans cependant toujours présider à l'imminence d'une attaque, et que l'on peut regarder aussi comme les prodromes d'autres maladies. Ainsi, la douleur de tête, l'exaltation des facultés intellectuelles, le trouble de ces fonctions, les crampes, etc., peuvent tout aussi-bien être les avant-coureurs, ou même les signes de l'inflammation de l'arachnoïde ou du cerveau. En général, la céphalalgie que l'on remarque au début de ces maladies et de l'apoplexie, cesse lorsque cette dernière est confirmée, et persiste pendant la durée des premières.

Je vais examiner les symptômes de l'attaque, et je commencerai par ceux qui sont le produit constant de l'apoplexie.

Coma. Il est toujours le résultat d'un trouble plus ou moins considérable dans le cerveau ; il peut exister dans l'hydrocéphale et dans quelques cas de blessures du crâne avec enfoncement ou épanchement; il reconnaît pour cause une compression plus ou moins considérable. Cette compression, qui est générale dans certains coups de sang suivis de la mort, ainsi que le coma qu'on remarque, dépendent de la disposition anatomique du crâne et du cerveau. En effet, si l'on a égard à la dureté de cette enveloppe osseuse destinée à contenir et protéger l'encéphale, on voit qu'elle présente une résistance invincible propre à arrêter tout effort qui tendrait à donner à cet organe une expansion

plus considérable que ne le permet la nature de cette même enveloppe. Si l'on considère ensuite la structure molle et délicate de la substance cérébrale, la grande quantité de sang qu'y amènent les vaisseaux déliés qui la pénètrent de tous côtés, l'importance de ses fonctions, et l'influence fâcheuse de leur suspension momentanée sur le reste de l'économie, la facilité avec laquelle, à la moindre cause, le sang y afflue et les congestions s'y établissent ; on concevra avec quelle promptitude la compression peut résulter de cette disposition, et de quelle importance il est qu'elle cesse aussitôt.

Maintenant, si l'on veut avoir une idée de la résistance qui existe d'une part, et de l'augmentation de volume que produit de l'autre l'afflux du sang dans les vaisseaux les plus déliés de la masse encéphalique, j'appellerai un moment l'attention sur ce qui se passe dans certains enfoncemens du crâne avec perte de substance assez étendue des deux tables de cette cavité. Les auteurs de chirurgie sont remplis de faits semblables, dans lesquels on voit des portions considérables du cerveau faire hernie au-dehors, et le coma survenir lorsqu'on a voulu s'opposer à leur sortie. Nous voyons donc, par ce que nous montre ici la chirurgie, à quel point doit être porté le boursoufflement inflammatoire du cerveau, puisqu'il arrive un moment où, ne pouvant plus être contenues, celles de ses portions qui se trouvent placées aux endroits qui n'offrent plus de résistance s'échappent et diminuent d'autant la compression générale. Qu'on applique maintenant ce qui se passe ici et ce qui doit avoir lieu dans une apoplexie violente sans épanchement, on verra qu'un tel rapprochement n'est pas dénué de fondement et de vérité (1).

---

(1) Je sais bien que, dans un cas de blessure avec enfoncement, il faut tenir compte de l'état d'inflammation du cerveau, qui produit alors l'afflux du liquide et l'augmentation de volume dont je viens de parler ; que cet état d'inflammation n'existe pas encore dans le coup de sang. Cependant toujours est-il que, dans ce dernier cas, lorsque la mort arrive, il y a compression générale qu'on ne peut expliquer que par l'augmentation de volume due à la gêne de la circu-

On peut expliquer de même le coma et la mort prompte qui arrivent dans l'infiltration sanguine et l'hémorrhagie, indépendamment de l'altération (quelquefois peu considérable) qu'elles laissent après elles sur le cadavre. Tout le cerveau peut être également comprimé par la congestion brusque qui accompagne leur invasion.

Cependant l'augmentation de volume, dans ces deux maladies, est le plus ordinairement bornée à l'hémisphère malade; l'autre n'est comprimé que secondairement par le voisinage du premier. Dans l'hémorrhagie, cette compression reconnaît une double cause, qui résulte, 1.° de la quantité de sang épanché ; 2.° de la fluxion inflammatoire déterminée par l'irritation vive qui résulte de la présence du sang dans la substance cérébrale.

Dans tous ces cas, l'hémisphère sain éprouvera une compression qui déterminera dans les parties influencées par lui un trouble plus ou moins profond, et d'autant plus considérable que le malade sera moins éloigné de l'époque de l'invasion. Cela explique pourquoi, dans les cas où l'épanchement n'est pas assez considérable pour faire périr le malade en peu de temps, le coma, l'engourdissement des fonctions intellectuelles, le trouble des mouvemens volontaires du côté sain du corps, diminuent peu à peu en même temps que la peau du côté paralysé recouvre sa sensibilité. Ainsi on peut attribuer avec raison cette amélioration qu'on remarque les jours qui suivent l'invasion à la diminution progressive de la turgescence générale, qui ramène insensiblement à leur type naturel les fonctions de l'hémisphère sain, lorsque toutefois celui du côté opposé n'est pas dans un tel désordre, que la mort n'en devienne la suite inévitable.

On peut donc conclure de ce qui précède que le coma, toujours subordonné à l'état de compression générale ou de désorganisation du cerveau, peut offrir tous les degrés qui dépendent de leur intensité; et que, dans les cas où la compression est excessive et subite, ce qui se

---

lation cérébrale, et que cette compression est augmentée par l'inextensibilité des os, qui ne se prête pas à l'expansion du cerveau.

trouve démontré par l'état anatomique des parties et par le sang qui s'écoule du cerveau sur le cadavre, la mort peut résulter subitement de l'espèce d'étranglement produit par la résistance invincible que le crâne oppose à l'augmentation de volume du cerveau.

Paralysie. On vient de voir combien une compression subite pouvait porter de trouble dans les fonctions cérébrales. Ceux qui en résultent pour tout l'appareil musculaire de la vie animale ne sont pas moindres, et la paralysie générale peut également être la suite d'un coup de sang violent. Ce que j'ai dit du coma suffira, je pense, à expliquer pourquoi la paralysie, au lieu d'être bornée à un seul côté, les affecte tous les deux à la fois dans le coup de sang : je n'y reviendrai pas; et je passe de suite à l'examen de celle qui reconnaît pour cause les deux autres nuances de l'apoplexie. Il existe une différence assez tranchée entre les deux espèces de paralysie qui ont lieu dans ces deux cas : cette différence est un des caractères propres à les faire distinguer l'un de l'autre. Ainsi, dans l'infiltration sanguine, la paralysie est lente, progressive, accompagnée constamment de roideur convulsive, de rigidité des muscles privés de mouvemens (obs. 8, 9, 10, 15, 16, 17), et, dans quelques circonstances, de douleurs dans les parties; elle est subite lorsque l'altération du cerveau est un peu étendue, et la roideur tétanique l'accompagne dans les premiers jours seulement.

La paralysie qui suit l'hémorrhagie est prompte comme la désorganisation subite qui la produit; les membres qui en sont frappés sont dans une résolution complète; la roideur tétanique ne l'accompagne pas, et la marche uniforme de la paralysie suit celle de l'épanchement, soit qu'il augmente, soit qu'il diminue (obs. 16, 18, 19, 20, 21). Elle peut, dans l'infiltration et dans l'épanchement, s'étendre à toute une moitié du corps, ou bien n'occuper qu'une cuisse, un bras, un côté de la langue ou de la face, etc. Elle existe toujours du côté opposé à l'hémisphère qui est le siége de la lésion. Des faits bien observés et la connaissance de l'entrecroisement des fibres cérébrales met-

tent maintenant hors de doute l'existence de ce phénomène, dont les anciens auteurs n'ont pas tenu compte, ou qu'ils ont mal observé, et que *Valsalva* a noté le premier. La perte de la sensibilité de la peau suit en général les progrès de la paralysie, sans que pour cela l'un de ces deux symptômes soit la conséquence de l'autre; car on l'a vue se conserver sur des membres frappés de résolution complète, et ne s'affaiblir ou s'éteindre que vers la fin de la maladie, et lorsque le cerveau, plongé dans le coma, n'avait plus la conscience des autres sensations. Cette différence entre deux phénomènes qui, paraissant de même nature, devraient suivre la même marche, tient à ce que le cerveau peut encore recevoir, d'une manière en quelque sorte passive, les fortes impressions qu'on lui transmet, tandis qu'il ne dépend déjà plus de lui d'imprimer les volitions propres à influencer les mouvemens musculaires auxquels il préside.

J'ai dit, en parlant de la paralysie qui est la suite de l'hémorrhagie, qu'elle avait lieu de suite sans roideur. M. *Lallemand* remarque qu'elle peut succéder à la résolution et accompagner la paralysie quelques jours après que cette dernière s'est effectuée, lorsque alentour d'un caillot peu considérable il survient une inflammation de la substance cérébrale. C'est ici le lieu de parler de l'influence de l'apoplexie sur la sensibilité des divers organes et sur le développement des symptômes qui sont le produit des maladies qui peuvent s'y joindre.

On a vu donner de fortes doses d'émétique sans que pour cela l'estomac entrât en contraction pour le rejeter. Ainsi, dans un cas semblable, le défaut de perception de la part de l'estomac ne fait encore qu'ajouter à la gravité de l'affection cérébrale par la fièvre due à l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale en contact et irritée sans cesse par le séjour prolongé de l'émétique.

Les observations 16 et 17 montrent combien l'apoplexie peut avoir d'influence sur la sensibilité de la vessie, et sur le développement de son inflammation par le séjour d'une urine irritante, particulièrement chez la femme Angé, qui fait le sujet de la 16.e obser-

vation. Comme M. *Lallemand* est le premier qui ait bien expliqué ce phénomène, j'extrairai de son ouvrage ce qui suit. « C'est à la dimi-
« nution de la sensibilité qu'il faut attribuer la distension de la vessie
« et l'inflammation de sa membrane muqueuse, qu'on observe si fré-
« quemment dans les maladies du cerveau et de ses membranes, qui
« sont accompagnées de stupeur et de somnolence, etc. Le malade
« ne fait aucun effort pour expulser l'urine contenue dans sa vessie,
« parce qu'il ne perçoit pas l'impression qu'elle fait sur sa membrane
« muqueuse ; elle s'y accumule par conséquent, et distend ses parois
« tant qu'elles peuvent prêter ; alors la résistance que l'urine éprouve
« de leur part étant plus grande que celle que lui présente le col
« de la vessie et l'urètre, à mesure qu'il en arrive dans la vessie une
« nouvelle quantité, elle s'écoule au-dehors dans la même propor-
« tion et avec la même vitesse qu'elle y est apportée par les uretères,
« c'est-à-dire goutte à goutte. Comme les malades sont habituelle-
« ment mouillés par l'urine, on soupçonne plutôt une incontinence
« produite par la paralysie des sphincters que l'espèce de rétention
« dont nous parlons. Il résulte de ce séjour prolongé d'une grande
« quantité d'urine dans la vessie qu'une partie est absorbée, comme
« le prouve l'odeur urineuse qu'acquiert souvent la transpiration; elle
« s'y décompose en partie, comme le démontre son odeur fétide et
« la prompte altération des sondes d'argent qu'on retire de la vessie,
« (*voy.* obs. 16) noirâtres, en un mot, combinées avec l'hydrogène
« sulfuré. » J'ai trouvé assez fréquemment la distension et l'inflammation de la vessie à la suite des inflammations de l'arachnoïde, et particulièrement chez un vieillard mort de cette dernière maladie, chezlequel la vessie avait été tellement distendue, que ses fibres musculaires faisaient des saillies si prononcées au-dessous de la membrane muqueuse enflammée, que l'intérieur de cet organe offrait un aspect analogue à celui des fibres charnues du cœur.

Parlerai-je ici de l'influence de l'apoplexie sur la perception de la douleur? On sait que ce phénomène, un des attributs de l'inflammation, manque souvent dans celle des différens organes, lorsqu'elle existe en

même temps qu'une affection cérébrale, etc. Ainsi toute douleur qui est produite par une inflammation quelconque n'est pas sentie par le cerveau, dont les fonctions sont altérées. Aussi trouve-t-on, après la mort de quelques individus, des désordres considérables auxquels on était loin de s'attendre, parce que tous les symptômes qui dépendent de la sensibilité, et par conséquent de la douleur, ne se sont pas manifestés, malgré la violence de l'inflammation, et que leur absence n'a pu influencer ni retarder en rien la rapidité de sa marche.

Respiration. L'apoplexie ne produit pas toujours le trouble de cette fonction. On l'a vue, dans quelques circonstances, rester parfaitement libre (obs. 16 et 17), ou même n'être que très-peu compromise, malgré l'état malade du poumon (obs. 17); il arrive qu'elle est stertoreuse au moment de l'attaque (obs. 19, 21), etc. On voit que ce symptôme est très-variable, et qu'il n'est pas toujours constant. Cependant lorsqu'il se manifeste, il est d'un mauvais augure; il précède toujours la mort ou d'un jour, ou de plusieurs heures (obs. 7, 9, 10, 12, 18, 20), et en cela l'apoplexie ressemble à beaucoup d'autres maladies, dont la sterteur est la terminaison. Ce symptôme s'est montré deux jours avant la mort chez la femme de l'observation 15.e, et chez celle de la 16.e; la respiration était seulement un peu gênée. Quoi qu'il en soit, du degré d'embarras de cette fonction on voit qu'il est loin de fournir à lui seul le degré d'intensité et le caractère distinctif de l'apoplexie, comme le prétendent certains auteurs, et que lorsqu'il se rencontre dans l'apoplexie, c'est seulement à l'approche de la mort, comme dans les autres maladies à la fin desquelles on le remarque également.

Circulation. Tout ce qui a rapport à la coloration de la face est très-variable, et c'est à tort que, d'après son degré de pâleur, de rougeur ou de lividité, on a conclu que, dans le premier cas, l'apoplexie dite *séreuse* devait avoir lieu. Rien n'est plus incertain que ce signe, sur lequel des praticiens se sont fondés pour s'abstenir de tirer

du sang lorsque la pâleur avait lieu. Il est reconnu généralement que, malgré ce signe, on trouve du sang épanché dans le cerveau.

Le caractère du pouls n'est pas moins variable; tantôt dur et plein, tantôt fréquent et développé ou petit, parfois lent ou faible, souvent intermittent, etc. Cette variabilité dépend de quelques causes au nombre desquelles on peut ranger l'hypertrophie du cœur, l'ossification des valvules sigmoïdes, de l'aorte, ou de ses principales divisions. Il est démontré que le pouls est naturel dans l'apoplexie exempte de complication, que, toutes les fois qu'on trouve de la fièvre, elle ne dépend nullement de l'affection cérébrale, mais bien d'une inflammation plus ou moins vive de la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins. Que l'on consulte la deuxième lettre de M. *Lallemand*, on verra que, dans une série nombreuse d'observations, tous les malades qui ont eu de la fièvre, et chez lesquels la chaleur était brûlante, la langue sèche, rouge ou brune, etc., ont présenté des traces d'inflammation dans les organes de la digestion; tandis qu'on n'observa rien de tout cela chez ceux qui présentaient l'affection cérébrale dans son état de simplicité. Les deux femmes des observations 15 et 17 ont eu de la fièvre, et l'on a trouvé chez toutes deux des traces d'inflammation abdominale, plus, une hépatisation du poumon gauche chez la dernière.

§. IV. *Causes.*

Causes prédisposantes. Elles sont en général difficiles à apprécier. Je ne ferai ici que les énumérer, et j'entrerai seulement dans quelques détails à l'occasion de quelques-unes d'entre elles qui paraissent plus essentiellement liées à l'apoplexie, en raison de leur existence ancienne et de l'influence prolongée qu'elles exercent sur l'économie.

Causes prédisposantes individuelles.— Age. Une sentence d'*Hippocrate* dit qu'on devient apoplectique par l'âge, principalement de

quarante à soixante ans. Ce que dit ici le père de la médecine était peut-être plus applicable au climat de la Grèce qu'à celui de nos pays. Quoi qu'il en soit, les médecins s'accordent généralement à dire que cette maladie est plus fréquente après soixante ans qu'à toute autre époque de la vie. Le docteur *Rochoux* a constaté cette opinion de la manière la plus évidente par un tableau que je vais transcrire ici, et dans lequel il détermine les rapports des différens âges de la vie avec l'apoplexie :

Ages.	Nombre des malades.
De 20 à 30 ans	2
De 30 à 40	8
De 40 à 50	7
De 50 à 60	10
De 60 à 70	23
De 70 à 80	12
De 80 à 90	1
Total	63

On ne peut donc s'empêcher de reconnaître, d'après ce tableau, que la disposition à l'apoplexie augmente vers soixante ans, et diminue passé soixante-dix ans ; il faut, à la vérité, tenir compte qu'il y a bien plus d'hommes de soixante à soixante-dix ans qu'il n'y en a de cette dernière époque à quatre-vingts et quatre-vingt-dix. Le relevé de l'âge des malades de mes observations se trouve en rapport avec les résultats obtenus par M. *Rochoux* sur un plus grand nombre. Ainsi sur dix-neuf dont j'ai pu savoir l'âge, il y en a eu :

De 20 à 50	5
De 50 à 60	5
De 60 à 70	7
De 70 à 80	2
	19

On sent qu'un pareil tableau, présenté sans être accompagné de celui de M. *Rochoux*, serait très-peu concluant, à cause du petit nombre d'individus qu'il contient; tandis que, rapproché du premier, il offre les mêmes résultats.

Les différens tempéramens ne paraissent pas avoir beaucoup d'influence sur la production de cette maladie; seulement on s'accorde assez généralement à regarder comme une prédisposition un embonpoint excessif, la grosseur de la tête supportée par un cou court. Il y a quelques médecins qui ont prétendu reconnaître une disposition héréditaire; mais cela est loin d'être prouvé.

La différence de sexe ne donne pas de grands résultats, et l'on voit l'apoplexie frapper indistinctement les hommes et les femmes.

Voilà pour ce qui regarde les causes prédisposantes individuelles qui sont en rapport avec l'état physiologique de l'économie et des diverses fonctions qui l'entretiennent, causes par lesquelles la santé ne se trouve point ou n'est que peu compromise. Mais il en est d'autres que l'on peut regarder aussi comme prédisposantes, et qui constituent déjà un état maladif, par le trouble qu'elles jettent peu à peu dans les fonctions, et dont l'influence destructive, ignorée en quelque sorte depuis long-temps, finit par produire un orage prompt et subit, d'autant plus funeste qu'il a été amené pas à pas. Je rangerai dans ces dernières l'hypertrophie du cœur, l'ossification des valvules sigmoïdes, de l'aorte, etc., la gastro-entérite, l'inflammation aiguë ou chronique de l'arachoïde.

Hypertrophie. Le docteur *Rochoux* ne croit pas que l'épaississement des parois du ventricule gauche puisse déterminer l'apoplexie; il cite quelques faits dans lesquels il a trouvé cette complication; mais il n'en tient pas compte, et n'hésite pas à en faire des exemples d'apoplexie simple, qu'il range dans une série de faits qu'il considère comme constituant cette maladie dans son état de simplicité, et dans lesquels il convient qu'il n'a ouvert ni la poitrine, ni l'abdomen. M. *Lallemand*, dont l'opinion est d'un grand poids dans

l'étude des maladies du cerveau, accorde beaucoup d'influence à cette affection du cœur, surtout lorsque, dans certains cas, la cause qui, dans la plupart, a déterminé l'épaississement du cœur ne se trouve pas entre cet organe et l'origine des souclavières et des vertébrales. J'ai cité dans cette thèse (observ. 1.re), d'après *Morgagni*, l'histoire de Pierre Fasolatti, qui avait une hypertrophie. Cette maladie accompagnait l'affection cérébrale à laquelle ont succombé les individus des observ. 5, 6, 16, 17 et 20.. J'ai fait récemment l'ouverture d'un ivrogne trouvé sur la voie publique dans un état d'apoplexie, et j'ai trouvé le ventricule gauche augmenté de plus du double de son volume ordinaire; les parois étaient épaissies de près de deux pouces. D'ailleurs je me contenterai de renvoyer à un excellent article du docteur *Bricheteau* (Journal compl. du Dict. des sc. médic., juillet 1819), qui établit d'une manière incontestable l'influence de la cause dont il s'agit sur l'apoplexie, en se fondant d'abord sur les rapports physiologiques qui existent entre le cœur et le cerveau, et en citant un assez grand nombre de faits qui lui sont propres, et qu'il compare à d'autres qu'il a empruntés à *Morgagni*, *Baglivi*, *Corvisart*, etc. Enfin je fortifierai ce que je viens de dire par l'opinion de M. le professeur *Richerand* qui s'exprime ainsi dans sa Nosographie chirurgicale (t. 4, p. 17, 1.re sect.): « L'ouverture des personnes mortes d'apoplexie prouve que l'excès « de force du ventricule gauche est une disposition plus prochaine « à l'apoplexie qu'un cou court, qui, joint à une tête volumineuse « établit, suivant le plus grand nombre des médecins, la con- « formation apoplectique. » M. *Richerand* a également rapporté à l'Ecole de médecine l'observation du célèbre *Cabanis*, qui, après avoir essuyé à différentes époques trois attaques de coup de sang, périt à la quatrième. Son cœur avait acquis le triple du volume ordinaire, et le ventricule gauche avait plus d'un pouce d'épaisseur.

Gastro-entérite. On a généralement fait assez peu d'attention à cette

maladie, lorsqu'elle existait simultanément avec l'apoplexie. Souvent on a dirigé toute son attention vers les désordres du crâne, sans tenir compte de ceux de l'abdomen ; ou si on l'a fait, on a rarement pensé à rapprocher entre elles deux affections dont le siége éloigné ne faisait pas soupçonner la coïncidence. Ce que j'avance est tellement vrai, que nous voyons dans les auteurs beaucoup de cas où une apoplexie est venue terminer une inflammation des méninges, amenée elle-même par celle de la muqueuse gastro-intestinale. On trouve, dans les ouvrages qui donnent le résultat des ouvertures de ceux qui sont morts à la suite des fièvres que l'on appelait *putrides* ou *malignes*, beaucoup de faits dans lesquels il est assez ordinaire de trouver une inflammation consécutive des membranes du cerveau accompagnée d'engorgement ou même d'épanchement sanguin dans sa propre substance. Stoll (*Ratio medendi*, sect. 6, p. 102) s'exprime ainsi, dans un passage de l'autopsie d'une femme de quarante-sept ans, adonnée au vin, qui mourut au septième jour d'une *fièvre* très-grave, accompagnée de symptômes de péripneumonie et de symptômes cérébraux : « *In abdomine omentum inflammatum ex toto ; intestina te-* « *nuia multis in locis* inflammata, *et hinc indè* incipiente gangrænâ « *tentata apparebant. Dissectum caput durum meningem, sanguine* « *turgentem, et hinc indè inflammatam, quâ verò parte cerebrum à* « *cerebello disjungit, crassis fibris parallelis intextam exhibuit.* « *Pia meninx majori, ac ferè universali phlogosi tenebatur. Cere-* « *brum assulatim sectum medullarem substantiam pluribus ac majori-* « *bus punctis rubris, quàm aliàs solet, distinctam monstrabat.* » Je regrette que l'étendue de cette thèse ne me permette pas de citer tous les passages des observations dont je m'appuie. Je me contenterai de renvoyer à la section suivante et à la dix-huitième, dans lesquelles *Stoll* décrit à peu près les mêmes désordres du crâne et de l'abdomen ; dans la section treizième, l'inflammation seule des méninges a suivi celle des intestins ; enfin, plus loin, il cite une observation qu'il intitule *hemiplegia à bile*. M. le professeur *Pinel* dans sa Nosographie philosophique (t. 3, p. 57, 4.e édit.) s'exprime en ces termes : « *Et*

« *ne sait-on pas que l'apoplexie est une affection sympathique, et* « *qu'elle tient à l'état des premières voies?* Ce qu'on reconnaît d'ail- « leurs aux signes précurseurs qui l'annoncent, anxiétés, nausées « vomissemens, perte d'appétit, et *autres symptômes gastriques.* » Le même auteur, dans sa Médecine clinique, cite plusieurs exemples de fièvres ataxiques compliquées de désordres plus ou moins considérables aux méninges ou au cerveau lui-même. *Morgagni* (lettr. 3, §. 2) rapporte l'histoire d'une femme très-replète tourmentée depuis long-temps de fréquentes coliques dont elle prétendait se soulager en prenant beaucoup de vin sans eau. Cette femme fut trouvée morte d'apoplexie. A l'ouverture, on trouva du sang épanché sur toute la surface de l'hémisphère droit, etc. « Le colon, presque « tout entier, était en quelque sorte semblable à celui d'un chien, « tant ses cellules étaient peu nombreuses et rares; il était rétréci « dans une grande étendue, etc. Une mauvaise odeur s'exhalait, « comme dans les gangrènes commençantes, des intestins; et en effet, « les intestins grêles étaient çà et là d'une couleur de sang foncée. » (*Fœtor erat quidam ut in gangrœnis incipientibus intestinorum : et tenuia quidem colore erant hic illic sanguineo saturatiori*). Le même auteur, au paragraphe suivant, trouva chez un portefaix mort d'hémorrhagie cérébrale le colon très-fortement contracté; l'extrémité de l'iléon, dans une portion de sa face interne, gonflé et d'un rouge livide. Les lettres de M. *Lallemand* fournissent aussi des exemples de complications de gastro-entérite plus ou moins ancienne, et d'arachnitis existant avec l'affection de l'encéphale. Je citerai d'abord celui de la nommée Mouton (lett. 1.re, ob. 7) qui rentre davantage dans mon sujet. On trouva chez cette femme deux petits épanchemens sanguins dans l'hémisphère gauche du cerveau, des granulations à la surface de l'arachnoïde des ventricules, et dans l'abdomen, l'estomac d'un rouge noirâtre dans les deux tiers de son étendue, du côté du pylore, plissé sur lui-même, et granuleux à sa surface. Ensuite l'histoire d'une femme de soixante ans (*id.*, obs. 12) qui mourut d'une arachnitis avec infiltration de sang dans le corps strié gauche, infiltra-

tion de sang dans quelques points du poumon, hypertrophie du cœur, etc, chez laquelle on trouva l'estomac fort rétréci, plissé sur lui-même, très-rouge, et granuleux à sa surface muqueuse. La même altération existait sur les intestins grêles, et allait en diminuant vers le cœcum. M. *Broussais* (Phlegm. chron., t. 2, 7.e obs.) cite également un cas d'arachnitis suivie d'apoplexie, et déterminée par une gastrite-aiguë. On trouve dans le n.° de février 1813 (Annales de la méd. phisiolog.) trois observations de coup de sang accompagné d'inflammation abdominale. Enfin *Lieutaud* (Précis de la méd. pratiq., p. 63), à l'article *fièvre maligne*, dit qu'outre les abcès, les épanchemens sanieux et purulens qu'on trouve dans la tête, on voit les viscères du bas-ventre plus souvent affectés que ceux de la poitrine. « Outre les vers, qui sont toujours assez fréquens, dit-il, on y « voit des marques de sphacèle dans toutes les parties, mais princi- « palement aux intestins, qui sont toujours boursoufflés, et quelque- « fois percés, avec épanchement de matières fécales, etc. » Maintenant, si l'on veut comparer avec ce qu'on vient de lire l'histoire d'apoplexie de la femme qui fait le sujet de l'observation 19, on verra combien il y a de rapports avec les désordres que vient de décrire *Lieutaud* et ceux que l'on a trouvés dans l'abdomen. Si l'on veut également relire les faits cités (n.os 4, 5, 6, 7, 17) dans cette thèse, on y verra que l'apoplexie qui a fait périr ces individus a bien pu reconnaître pour cause l'inflammation plus ou moins étendue de la muqueuse des organes de la digestion. S'il était de mon sujet de parler de l'inflammation de l'anachnoïde, je pourrais rapporter ici une série de faits dans lesquels j'ai trouvé cette inflammation suivre presque toujours celle de l'estomac et des intestins, et produire chez quelques sujets l'appareil ataxique le plus effrayant. En général, toutes les fois que j'ai trouvé l'inflammation de l'arachnoïde chez les sujets qui avaient succombé à l'ataxie ou à l'adynamie, outre l'infiltration gélatiniforme répandue entre ses feuillets, la pie-mère était presque toujours injectée, les plus petits vaisseaux étaient très-apparens à la surface comme dans l'interstice des circonvolutions, et, en général, le

cerveau coupé par tranches présentait des degrés très-variables d'injection sanguine, M. *Portal*, dans son Traité de l'apoplexie, donne deux observations d'apoplexie survenue à la suite d'un dévoiement supprimé tout à coup par des irritans. L'une a rapport à un jeune homme, et l'autre à un vieillard. J'aurais pu, en compilant les auteurs, ajouter aux faits qu'on vient de lire des faits semblables : ce que j'en ai rapporté suffira, je pense, pour appuyer l'opinion que j'ai émise, et pour prouver combien il est fréquent de voir l'inflammation du canal digestif se répéter au cerveau ou à ses membranes.

L'estomac, dit *Barthez*, est, de tous les viscères, celui dont on voit le plus souvent, dans les maladies, des communications sympathiques avec les organes qui n'ont pas avec lui de rapports sensibles. M. *Broussais*, dans ces derniers temps, a fourni une histoire complète de ces sympathies si variées et si importantes; il a expliqué par elles plusieurs maladies dont la nature était ignorée ou mal connue; puis, partant de l'état physiologique de l'estomac, considéré dans ses rapports sympathiques avec les autres organes, il a expliqué par ces mêmes rapports un grand nombre de phénomènes morbides qui ne sont autre chose que des sympathies qui se sont écartées de leur type naturel, et qui n'en diffèrent, comme il le dit (prop. 85), qu'en ce que, dans ce dernier cas, les nerfs transmettent plus d'irritation ou un mode d'excitation qui répugne aux lois vitales. Ainsi, il regarde presque toujours l'inflammation de l'arachnoïde, ou du cerveau lui-même, comme le résultat de celle des organes digestifs dont l'intensité plus ou moins considérable a développé dans ces organes, et par l'intermédiaire du nerf trisplanchnique, un mode d'excitation qui n'est plus le même que dans l'état de santé, et qui tient à la nature de l'altération de l'organe qui le lui envoie. Si d'ailleurs on considère l'influence du cerveau sur l'économie, si l'on considère qu'il est le point d'union du système nerveux, le centre de la sensibilité, on concevra que toutes les sensations internes et externes doivent y aboutir, et qu'en raison de ses fonctions, il doit recevoir toutes les impressions qui affectent nos organes. Je me contenterai de rappeler ici com-

bien l'abus des liqueurs alcoholiques ingérées dans l'estomac, combien l'ivresse habituelle, disposent aux affections cérébrales, et en produisent. Que l'on rapproche un instant l'ivresse et une inflammation vive de l'estomac et des intestins, et que l'on compare entre eux les phénomènes que développent les deux états, on y verra une identité, une ressemblance assez frappante. L'estomac, dans les deux cas, envoie au cerveau les mêmes sympathies organiques, et ces sympathies se manifestent au-dehors par les symptômes que l'on rencontre dans les inflammations de l'arachnoïde, et dans les fièvres ataxiques, et se terminent souvent par un tel engorgement sanguin de la substance du cerveau, que l'apoplexie en est la suite inévitable. S'il m'était permis, sans sortir de mon sujet, d'entrer dans des développemens plus étendus, je ferais ici l'énumération des rapports sympathiques nombreux entre l'estomac et les autres organes. On verrait qu'ils ont tous un mode d'action uniforme, dont l'effet est de porter un trouble plus ou moins grand dans les fonctions de ces divers organes. N'est-il pas, par exemple, certaines toux appelées *gastriques* qui ne sont autre chose que l'irritation sympathique du poumon déterminée par la branche du pneumo-gastrique, dont les ramifications sont plus ou moins irritées par un état de phlogose de l'estomac? Ne trouve-t-on pas une analogie frappante entre ce dernier phénomène et les symptômes que développe l'arachnoïde irritée sympathiquement? Ici c'est par la toux que le poumon manifeste son irritation; là, c'est par l'exaltation des facultés intellectuelles, le délire, etc.

Voici une observation très-intéressante de M. *Lallemand* (lettre 2.e, n.° 3. §. 4), qui peut jeter un grand jour sur le mécanisme des sympathies, et sur la manière dont les nerfs peuvent transmettre au cerveau une irritation vive. Cette observation a rapport à un militaire âgé de trente ans, auquel, à la suite d'un coup de lance qu'il reçut dans l'épaule *droite*, on fit la ligature de la souclavière..... Lorsqu'on serra la ligature, le malade éprouva une douleur vive le long du cou. Le lendemain, la douleur diminua, le membre recouvra sa chaleur et sa sensibilité. Les douleurs, qui s'étaient réveillées les

jours suivans, devinrent plus vives le septième jour. On pratiqua successivement quatre saignées, qui ne produisirent pas de soulagement durable. Dans la nuit du septième au huitième jour, perte de connaissance, agitation des membres inférieurs principalement; pupilles immobiles, respiration courte et fréquente, pouls petit, irrégulier.

Le huitième jour, renversement considérable de la tête en arrière; alternative d'agitation et d'affaissement; mêmes symptômes que la veille. Mort le soir.

Autopsie. La ligature avait embrassé avec l'artère les branches du plexus brachiale qui viennent de la troisième paire. L'extrémité postérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau avait une couleur verdâtre plus profondément; elle était désorganisée, d'une mollesse diffluente et de même couleur. Enfin on trouva un foyer purulent verdâtre qui s'étendait jusqu'au ventricule latéral. La substance environnante était plus consistante, et parcourue par des vaisseaux plus injectés que de coutume, etc.

« Vous voyez, continue M. *Lallemand*, d'une part, inflammation « de la troisième paire cervicale du côté *droit* produite par la liga- « ture, de l'autre, une inflammation du cerveau, ce qui est très-re- « marquable dans l'hémisphère gauche. »

Avant de terminer, je citerai une proposition de M. *Broussais*, qui n'est que l'expression des observations que j'ai rapportées plus haut, et qui donne une nouvelle force au rapprochement que j'en ai fait. « Toute souffrance extrême, dit M. *Broussais*, soit par l'inflam- « mation, soit par la *stimulation d'une branche de nerf* (1), soit par « une cause morale, *engorge le cerveau*, et tend *à développer l'in-* « *flammation dans la pulpe*, dans la pie-mère, et dans l'arachnoïde. « Or, la souffrance de l'estomac est la plus cruelle, et toutes les autres « la produisent; il n'y a donc jamais de gastro-entérite sans un

(1) L'observation que je viens de citer confirme pleinement cette assertion.

« degré quelconque d'irritation cérébrale. Tout ceci doit être appli-
« qué aux hémorrhagies encéphaliques. »

Inflammation de l'arachnoïde. Il me reste peu de chose à dire sur l'inflammation de cette membrane comme cause de l'apoplexie : j'en ai déjà parlé en traitant de l'influence des inflammations abdominales sur celles des méninges. On conçoit d'ailleurs qu'une irritation vive de cette membrane puisse entraîner à sa suite tous les phénomènes locaux des inflammations, et déterminer sur la pie-mère, qui est essentiellement vasculaire, et ensuite sur le cerveau, dont la circulation est intimement liée à celle de cette dernière membrane, un état de fluxion, d'après cet axiome, *ubi stimulus*, etc., qui jette cet organe dans une série de désordres plus ou moins graves, selon les dispositions du sujet. On conçoit également que, lorsque cette inflammation des méninges arrive spontanément, elle doit produire les mêmes symptômes que lorsqu'elle reconnaît pour cause une irritation éloignée.

Causes prédisposantes hygiéniques. Morgagni et presque tous les médecins qui ont écrit avant ou après lui regardent l'hiver et les climats froids, tels que la Hollande, l'Allemagne, l'Angleterre, etc., comme disposant davantage à l'apoplexie. *Hippocrate* la range au nombre des maladies qui se déclarent dans les temps de pluie (sect. 3, aph. 16), ou pendant l'hiver (*ibid*, aph. 23). En général, le rapport des différentes saisons avec la maladie qui nous occupe ne paraît pas assez certain pour qu'on puisse prononcer affirmativement à quelle époque de l'année elle est plus fréquente. Quelques médecins ont même été jusqu'à la regarder comme pouvant régner épidémiquement.

Les ligatures ou les vêtemens trop serrés, les bains trop chauds prédisposent à cette maladie. On s'accorde à regarder comme une cause très-fréquente les excès de table, et surtout l'abus des liqueurs alcoholiques : il est à remarquer que tous les malades cités par *Mor-*

gagni dans ses deuxième et troisième lettres faisaient un usage fréquent de ces boissons; quelques-uns s'enivraient habituellement.

On compte aussi parmi ces causes la suppression d'évacuations habituelles, telles que les règles, l'omission d'une saignée de précaution, la suppression d'un ulcère, etc.; certaines professions qui nécessitent une position dont l'effet prolongé est d'augmenter l'afflux du sang vers la tête. On peut ajouter aussi la mollesse, l'inaction, les veilles excessives, les travaux de cabinet, etc.; l'action long-temps continuée des émotions vives de l'âme, des chagrins et des passions tristes.

Causes efficientes. La continuité d'action des causes prédisposantes peut, dans beaucoup de cas, déterminer l'apoplexie. Il en est d'autres dont l'effet ne s'observe qu'au moment de l'attaque. Tous ceux qui ont écrit sur ce sujet rangent ordinairement au nombre de ces dernières le coït, chez les vieillards, les indigestions, l'ivresse, un violent accès de colère, etc.; et enfin tout ce qui peut déterminer un afflux plus considérable de sang vers la tête; ainsi les grands efforts de la respiration dans de violens accès de toux, de suffocation dans les vomissemens, en allant à la garde-robe, etc., sont autant de causes qui peuvent produire subitement une apoplexie; les vomissemens surtout en sont une des plus manifestes de la congestion qui précède cette maladie. J'ai maintenant sous les yeux une femme qui a été frappée d'apoplexie, il y a vingt ans environ, aussitôt après avoir pris un vomitif: elle est hémiplégique depuis cette époque. *Morgagni* (lettre 3.e, n.° 11) attribue la mort prompte d'un nommé Antoine Tita, qui avait également été frappé de cette maladie, à un émétique qu'on lui donna intempestivement. M. *Lallemand* cite quelques exemples semblables; mais j'y reviendrai en parlant du traitement. En général, les causes déterminantes les plus manifestes sont toutes celles qui sont dues à l'action directe des agens extérieurs sur le crâne; tels sont, par exemple, les fractures, les coups, les chutes: le vieillard de l'observation 18e en est une preuve. On pourrait ajouter aussi

les secousses violentes que l'on imprime en différens sens à la tête. *Slevogt* (*d ssert. de durâ-matre*) parle d'un enfant de la campagne que son maître en colère saisit au sommet de la tête, et tira vivement à lui en le secouant : cet enfant mourut d'apoplexie la nuit suivante. Le pericrâne était arraché à l'endroit où avait été saisi l'enfant, et on observa du sang qui s'étendait au loin dans la dure-mère, ainsi qu'un épanchement du même liquide entre les lobes du cerveau jusque dans les ventricules, et provenant de la rupture de quelques vaisseaux. Enfin on a vu l'amputation d'un membre considérable produire l'apoplexie. M. *Moulin* (Traité de l'apoplexie et des hydrocéphales) aida en 1814 M. le professeur *Béclard* à pratiquer à l'hôpital Saint-Louis l'extirpation de la cuisse sur un adulte des plus robustes, qui le soir même fut foudroyé par l'apoplexie.

CHAPITRE III.

Désordres que l'on trouve dans le crâne des personnes mortes d'apoplexie.

§. I.^er^ Ces désordres peuvent offrir trois aspects différens qui ont été représentés par les différens symptômes dont j'ai fait plus haut l'énumération. Ils présentent un tel mode d'altération, qu'on pourrait les regarder comme des nuances successives de l'hémorrhagie cérébrale, s'il était possible d'observer leur progression sur le même sujet depuis le moment où la congestion arrive jusqu'à celui où l'hémorrhagie vient s'effectuer (les symptômes observés n.° 16, ainsi que l'autopsie, confirment ce que je viens de dire). Ainsi je considérerai séparément les trois espèces de lésions, c'est-à-dire que je décrirai d'abord l'injection vasculaire très-considérable de tout le cerveau ; 2.° l'infiltration sanguine ; 3.° enfin je terminerai par les désordres que produit l'hémorrhagie.

Injection vasculaire. On remarque d'abord à l'extérieur un engor-

gement sanguin qui se manifeste par l'injection et la couleur violacée de la face. Il n'est pas rare de voir cette coloration s'étendre sur le cou, les épaules et les membres supérieurs, et produire çà et là de larges plaques plus foncées, semblables à des ecchymoses (obs. 2.e). L'engorgement des vaisseaux du cuir chevelu et des parties sous-jacentes est tel, qu'à chaque incision qu'on y pratique, il s'écoule beaucoup de sang (obs. 1, 2, 3, 4, 6, 12, 34). Les sinus et les vaisseaux de la dure-mère sont distendus, injectés, et lui communiquent souvent une couleur violacée. La pie mère elle-même est très-rouge, tous ses vaisseaux les plus déliés regorgent de sang, deviennent très apparens, et forment une espèce de réseau vasculaire très-serré alentour du cerveau ; les prolongemens de cette membrane, qui forment les plexus choroïdes, participent à sa turgescence sanguine et à sa rougeur. La masse encéphalique n'est pas sensiblement altérée dans sa consistance et dans son organisation ; elle n'est qu'engorgée, les vaisseaux déliés qui la pénètrent de toutes parts sont très-injectés, et lorsqu'on la coupe par tranches, la substance blanche offre une teinte rosée très-remarquable. (*Voy.* les obs. citées.) Bientôt elle paraît comme sablée d'une grande quantité de petits points rouges qui grossissent pour former des gouttelettes très-rapprochées, qui se reproduisent lorsqu'on veut les faire disparaître en les essuyant. La même chose se remarque au cervelet.

Infiltration sanguine. Cette altération de la substance cérébrale, qui paraît le point intermédiaire à l'injection vasculaire et à l'hémorrhagie, est regardé par M. *Lallemand* comme une inflammation ; ce qui prouve l'analogie qui existe entre l'inflammation et l'hémorrhagie. Cette infiltration occupe, en général, une étendue assez peu considérable, et présente dans sa coloration des nuances qui paraissent dépendre de la plus ou moins grande quantité de sang mêlé à la substance cérébrale, incomplètement désorganisée par le fait même de la coloration. Aussi, dans une série d'observations de la première lettre de M. *Lallemand*, on remarque d'abord une couleur rosée, d'autres présentent une

teinte plus foncée, ensuite vient la couleur rouge amarante; plus loin, la substance cérébrale est d'un rouge foncé, et dans quelques cas elle est violette et d'une couleur lie-de-vin; enfin on la trouve plus ou moins rapprochée de la couleur brune (obs. 12, 13). Dans quelques circonstances, dit le savant que je viens de citer, je n'ai pu prononcer si le sang, qui formait au milieu du ramollissement une espèce de caillot, était réellement épanché ou seulement infiltré dans la substance cérébrale. (*Voy.* obs. 15, 16, et 17 de cette thèse.) Il est à remarquer que la substance cérébrale qui environne ces espèces d'altérations est injectée, et que cette injection diminue d'autant plus qu'on s'éloigne du foyer malade. M. *Lallemand* pense que les différentes nuances de couleur dont on vient de parler tiennent à la combinaison ou différentes proportions du sang et de la substance grise. La substance blanche change peu de couleur; elle est très-rarement accompagnée d'injection sanguine, et lorsqu'elle est altérée, elle est pâle, jaune, citrine.

Hémorrhagie cérébrale. Elle peut avoir lieu à la surface des membranes qui tapissent le cerveau et les ventricules par rupture de quelques vaisseaux. Quelques auteurs admettent qu'elle peut également s'effectuer par exhalation sanguine de la surface de l'arachnoïde des ventricules. M. *Moulin* (ouv. cité) se fonde sur ce phénomène pour établir une division de l'apoplexie en *active* et en *passive*, qu'il attribue, dans le premier cas, à l'énergie du système sanguin chez les individus robustes, et dans le second, à son atonie, chez ceux qui paraissent affaiblis. Je demanderai d'abord comment le même effet peut reconnaître deux causes si différentes, et comment il est possible d'établir une ligne de démarcation qui indique quand la maladie est active ou quand elle est passive, lorsque d'ailleurs on convient qu'elle peut être active chez les personnes faibles. Il me semble qu'une telle division, plus subtile que physiologique, implique essentiellement contradiction, et qu'il vaut mieux considérer ces deux états, prétendus différens, comme étant le résultat d'une cause identique,

d'une pléthore locale, si l'on veut, plutôt que de chercher à savoir si dans un cas les capillaires poussent le sang, ou si dans l'autre ils le laissent échapper. Quoi qu'il en soit, je pense que cette hémorrhagie est très-rare (1), et qu'on a bien pu s'en laisser imposer par la rupture de quelque vaisseau des plexus choroïdes.

Quant à l'hémorrhagie au milieu de la substance cérébrale, je ne crois pouvoir mieux faire que de transcrire ici ce qu'en dit le docteur *Rochoux*, dont la description me semble peindre exactement les désordres que cause l'épanchement récent. « Le sang, dit-il, se trouve « toujours du côté opposé à la paralysie. L'aspect qu'offre le liquide « diffère suivant l'ancienneté de la maladie. Quand la mort est sur- « venue promptement, au bout de trois ou quatre jours, par exem- « ple, il est noirâtre, en caillots mous. Plus tard, il acquiert plus de « consistance, et perd un peu de sa noirceur; et si, par l'effet d'un

(1) J'ai présenté l'année dernière à l'académie de médecine une pièce d'anatomie pathologique qui prouve qu'une hémorrhagie par exhalation peut avoir lieu à la surface des membranes séreuses. C'est la portion droite de la cavité thoracique d'un homme qui, à la suite d'une pleurésie chronique, éprouva tous les symptômes d'un épanchement considérable de ce côté. A l'ouverture, il s'écoula une très-grande quantité de sang liquide mêlé à un peu de sérosité, et contenu dans une espèce de grand kyste, formé par l'écartement des plèvres costale et pulmonaire (le poumon était refoulé en haut et en dedans). Ce grand kyste en renfermait cinq ou six autres d'une forme très-irrégulière, composés de cloisons de fausses membranes, qui s'attachaient les unes aux autres, et dont les points d'appui étaient les parois de ce côté du thorax et une portion du médiastin; ces cavités secondaires contenaient également du sang et ne communiquaient pas ensemble. La plèvre, généralement épaissie, offrait dans toute l'étendue de sa surface extérieure des granulations très-considérables, très-prononcées et très-rouges. Les portions membraneuses qui formaient les kystes paraissaient de la même nature que celles qu'on rencontre dans quelques épanchemens séreux du thorax; seulement elles étaient plus épaisses, couvertes de granulations semblables à celles de la plèvre, et très-rouges. La macération dans l'eau les décollait. Cette grande cavité ne communiquait à l'intérieur du poumon par aucun point.

« traitement stimulant, ou par suite du raptus dont j'ai parlé, il y a « un renouvellement ou prolongation de l'hémorrhagie, on trouve « au-dehors de l'épanchement primitif, alors assez ferme, des couches « de sang plus molles et presque semi-liquides. Après un mois ou six « semaines, sa consistance devient graduellement plus considérable, « et il ressemble assez au sang que l'on rencontre dans les tumeurs « anévrismales. A une époque plus reculée, il devient encore plus « compacte, et d'une couleur rouge pâle tirant sur le jaune d'ocre ; « enfin il finit par être entièrement résorbé. Sa quantité dans les « épanchemens récens varie depuis un ou deux gros jusqu'à « quatre ou six onces ; quelquefois même, quoique assez rare- « ment à la vérité, elle peut être beaucoup moins ou beaucoup plus « considérable encore ; de là la gravité plus ou moins grande des « symptômes, et ce que l'on doit appeler les degrés de la maladie. « Aussi un petit épanchement occasionnera un étourdissement qui « pourra ne pas aller jusqu'à la perte de connaissance, et produira la « cécité, la paralysie de la langue ou une faiblesse persistante d'un « des côtés du corps ; tandis qu'un plus considérable amènera une « perte complète de connaissance avec hémiplégie, et un plus considé- « rable encore fera tomber dans un assoupissement qui, s'accompa- « gnant de la résolution générale des membres, conduira prompte- « ment à la mort. »

« *Lésion de la substance cérébrale.* L'hémorrhagie, continue « M. *Rochoux*, a ordinairement lieu dans l'épaisseur du cerveau, « plus rarement à l'extérieur de cet organe ou sur quelque point de « la surface des ventricules. Dans la première supposition, le sang « est contenu dans des poches caverneuses, que *Wepfer* et *Morga-* « *gni* comparent aux sacs des anévrismes, et qui communiquent « souvent dans les ventricules, ou s'ouvrent à l'extérieur du cer- « veau par de véritables déchirures. Les parois de ces sortes de ca- « vernes sont très-molles, fortement colorées en rouge par le sang, « dans l'épaisseur d'une ligne ou deux, inégales, anfractueuses,

« visiblement déchirées à leur face interne, et présentant des lam-
« beaux flottans lorsqu'on les agite dans l'eau. Elles sont entourées
« par une couche de substance cérébrale d'une à trois lignes d'épais-
« seur, d'un jaune serein, pâle, très-molles, à peine plus consistantes
« que certaines crèmes, et peu miscibles à l'eau. La couleur et la mol-
« lesse de cette couche, plus marquées en dedans, diminuent sensi-
« blement en dehors, en sorte qu'il est impossible de déterminer
« précisément le lieu où le cerveau reprend l'intégrité de sa texture.
« Quelquefois on trouve entre les parois intérieures de la caverne
« et cette couche extérieure une autre couche moins pâle, tout aussi
« molle, de deux à quatre lignes d'épaisseur, remplie d'un grand
« nombre de petits épanchemens de sang gros comme des têtes
« d'épingles et fort rapprochés. (*Voy.* obs. 18 et 20 de cette thèse.)
« Quand c'est à l'extérieur du cerveau, ou sur quelque point des
« ventricules que s'opère l'hémorrhagie, le ramollissement jaune
« est moins facile à reconnaître, et toujours il est moins marqué. La
« chose ne doit pas surprendre. En effet, on conçoit sans peine que
« le sang, n'étant alors retenu par aucun obstacle, peut, en s'épan-
« chant, entraîner avec lui la portion de substance cérébrale ramol-
« lie. C'est aussi ce qui a lieu; et l'on en rencontre des portions
« assez considérables mêlées avec les caillots, surtout du côté où ils
« reposent sur la déchirure. On voit là une véritable perte de sub-
« stance, une véritable érosion que supporte une légère couche jau-
« nâtre, molle, et souvent épaissie tout au plus d'un quart de
« ligne, etc. » J'ajouterai ici à cette description que, lorsqu'on a enlevé les méninges, dans certains cas d'épanchemens considérables, on s'aperçoit que les circonvolutions du côté malade sont aplaties, serrées les unes contre les autres, et qu'elles présentent les traces d'une compression vive, exercée sur elles par la résistance du crâne à l'effort expansif du sang, qui a désorganisé le cerveau. (*Voy.* obs. 16 et 20.) J'ai reconnu aussi, dans ces deux cas, que les membranes de l'hémisphère où siégeait l'épanchement étaient d'une sécheresse remarquable, comparées à celles du côté sain, et que la

pie-mère s'enlevait plus difficilement de l'interstice des circonvolutions comprimées.

Telles sont les lésions du cerveau dans les cas d'hémorrhagie récente. Je renvoie d'ailleurs aux observations 15, 16, 17, 18, 19, 20 et 21.

§. II. *Kystes et cicatrices qui sont les résultats de l'absorption imparfaite ou entière du caillot.*

Il me reste maintenant à examiner ce que deviennent les épanchemens sanguins lorsque les malades n'ont pas succombé, et quels sont les moyens que la nature emploie pour la guérison des cavernes apoplectiques. M. *Riobé* est le premier qui ait donné une idée des procédés de la nature dans des cas semblables, par la découverte qu'il fit, en 1814, d'un kyste propre à absorber peu à peu l'épanchement. Il a prouvé par différentes observations, qu'il a rapportées, que ce kyste, destiné à isoler le caillot de la substance cérébrale, lui fournit une sérosité qui facilite son absorption, et revient ensuite peu à peu sur lui-même pour ne plus laisser qu'une cicatrice jaunâtre, et ordinairement plus dure que le reste du cerveau. Depuis lui, différens observateurs ont pu constater par de nouveaux faits la vérité de ce qu'il avait avancé. M. *Cruvelhier*, d'après des observations nombreuses qu'il a recueillies depuis la découverte de M. *Riobé*, a pu donner dans son ouvrage sur l'anatomie pathologique un tableau de la marche que suit la nature pour la formation des kystes qui succèdent à l'hémorrhagie cérébrale; il a pu suivre leur développement relativement à l'ancienneté de la maladie : et il résulte de ses observations que, vers le quinzième jour de l'attaque, le caillot sanguin, déjà assez consistant, adhère aux parois rouges et molles de la caverne. Si l'on divise ces parois par lames très-minces, on trouve sous la plus interne, qui est toute rouge, d'autres lames formées par la substance cérébrale, tachetées de points rouges, d'abord très-rapprochés, puis de moins en moins, à mesure que l'on

s'éloigne de la paroi interne du foyer. Le cerveau est jaunâtre au voisinage; il n'y a point encore de membrane véritable, mais la couche rouge intérieure paraît en être le rudiment. A une époque plus avancée, la rougeur diminue, l'aspect membraneux est plus évident. Enfin, si l'on ouvre des individus morts une ou plusieurs années après une attaque d'apoplexie, on trouve un kyste d'une capacité variable, formé par une membrane très-fine, contenant de la sérosité jaunâtre (obs. 21). A mesure que le sang diminue par l'effet de l'absorption, la capacité du kyste se réduit, ses parois s'épaississent, se confondent de plus en plus avec la substance cérébrale, et offrent au bout d'un temps indéterminé une cicatrice jaunâtre ou un tissu lamineux infiltré de sérosité également jaunâtre. Il y a beaucoup de variété dans la grandeur, la forme et la disposition de ces kystes; ils sont en général d'une petite capacité; leur volume le plus ordinaire est celui d'une noisette; leurs parois sont ordinairement lisses, unies et transparentes; des vaisseaux assez apparens les parcourent; et leur organisation a la plus grande analogie avec les membranes séreuses : elles sont souvent enduites et colorées par la sérosité jaunâtre dont on vient de parler. Quelques observateurs ont attribué à l'apoplexie la formation de kystes qu'ils ont trouvé ayant une certaine épaisseur et présentant l'aspect muqueux; il est probable qu'ils se sont trompés : il suffit, pour en être persuadé, de lire la quatrième lettre de M. *Lallemand*. On verra qu'ils ont pris pour des kystes apoplectiques les sacs qui renferment le pus de certains abcès enkystés, dont les parois sont quelquefois formées de plusieurs feuillets qui leur donnent une épaisseur remarquable.

J'ai rapporté (obs. 21) la description d'une de ces cavités que laisse après elle l'apoplexie. J'en avais trouvé une l'année précédente chez un homme qui, à six mois de distance, avait eu deux attaques successives d'apoplexie, à la suite desquelles le côté droit était resté paralysé, et qui périt huit mois après la dernière attaque d'une autre qui avait produit une hémiplégie à gauche. L'épan-

chement ancien, gros comme un petit œuf de pigeon, occupait l'espace médullaire situé entre le corps strié gauche et la substance corticale qui correspond à la fosse temporale. L'intérieur de la caverne qui en était résulté contenait un fluide jaunâtre. On remarquait des brides qui s'attachaient aux parois endurcies et jaunâtres. Ces brides formaient des espèces de clapiers qui baignaient dans de la sérosité de même couleur; la substance du cerveau était colorée en jaune, à trois ou quatre lignes autour de cette caverne. Le nouvel épanchement occupait les mêmes parties du côté opposé. J'ai trouvé dernièrement, chez un vieillard paralysé depuis deux ans du côté droit, et mort à la suite d'une fracture comminutive, une cicatrice d'un jaune grisâtre, inégale, de la grosseur à peu près et de la forme d'un gros pois, d'une consistance remarquable, et occupant le centre du prolongement antérieur gauche de la protubérance cérébrale. Chez cet homme, cette petite cicatrice tenait un espace quatre à cinq fois moindre que celui qu'occupent certaines cavernes apoplectiques; et cependant la paralysie et la perte de la sensibilité de la jambe surtout étaient encore bien prononcées; aussi chez lui le bras de la moelle allongée était intéressé, tandis que chez la femme de la vingt-unième observation, qui se ressentait peu de sa paralysie, l'altération occupait un point du cerveau moins important.

Les anciens auteurs connaissaient les foyers consécutifs de l'apoplexie. On trouve dans leurs ouvrages des descriptions plus ou moins détaillées, qui sont rapportées sans aucune espèce d'interprétation; ils se sont contentés de constater leur existence sans examiner comment ils peuvent avoir lieu. On en voit des exemples dans *Wepfer*, *Morgagni*, *Brunner*, etc. Cependant *Albrecht*, qui écrivait à peu près du temps de *Morgagni*, fait des réflexions qui porteraient à croire qu'alors on soupçonnait l'absorption des épanchemens sanguins. Cet auteur (à l'occasion d'un homme qui, trente ans avant sa mort, avait eu le crâne enfoncé sans perforation, et dans le cerveau duquel on trouva une perte de substance formant une cavité qui aurait

pu tenir un doigt) pensait qu'un tel désordre ne pouvant avoir eu lieu sans déchirement de quelque vaisseau sanguin, le sang épanché ou une matière purulente n'eussent été résorbés et portés dans les veines par les seules forces de la nature. Enfin, dans ces derniers temps, MM. *Marandel* et *Rochoux* ont décrit avec beaucoup de vérité l'espèce d'altération qui nous occupe; mais ils n'ont pas eu connaissance de la membrane séreuse destinée à absorber le caillot ancien.

§. III. *Siége de l'apoplexie.*

On voit évidemment, d'après tout ce qui précède, que cette maladie réside essentiellement dans le cerveau; mais il s'agit de déterminer quelles sont les parties de la substance cérébrale qui y sont le plus exposées. L'anatomie et l'observation démontrent que les endroits de l'encéphale où on rencontre la substance grise en sont le siége le plus ordinaire. Cependant Wepfer (*Exercit. de loco affect. in apopl.*) la place dans la substance blanche, par laquelle, selon lui, entrent et sortent les esprits animaux. Aucun anatomiste avant *Morgagni* n'avait pensé à faire de rapprochement entre la fréquence de l'apoplexie et la nature de chacune des deux substances qui entrent dans la composition du cerveau. Ce célèbre anatomiste a placé dans sa troisième lettre des réflexions qui portent le cachet de son génie observateur, et qui ont confirmé plus tard la découverte qu'il ne faisait qu'énoncer. Ainsi, après avoir rapproché entre eux les faits qu'il avait cités, d'après *Valsalva* et ses propres observations, il a vu que les épanchemens ont été constamment trouvés ou auprès, ou même dedans les corps cannelés, ou les couches optiques. Il pense qu'on ne doit pas attribuer cette disposition au hasard seul, et qu'il faut en rechercher la cause dans la structure du cerveau, et dans les endroits qui reçoivent les vaisseaux les plus nombreux et d'un plus gros calibre. A cette occasion, il fait la remarque qu'en coupant les corps striés horizontalement, il vit à la partie antérieure externe de chacun, une petite fossette dans laquelle on voyait ma-

nifestement un vaisseau sanguin; et il ajoute : « Je me souviens qu'en « coupant ces corps obliquement et lentement, je fis voir dans le « même côté plusieurs fils rouges, parallèles entre eux : c'étaient des « vaisseaux sanguins. » Il est facile, en coupant horizontalement les corps striés d'un cerveau un peu injecté, de s'assurer combien cette remarque est juste et judicieuse.

La substance grise, dit M. *Lallemand*, est celle qui reçoit le plus grand nombre de vaisseaux et les plus volumineux. C'est dans son intérieur qu'ils se ramifient avant de pénétrer dans la substance blanche. L'artère cérébrale antérieure envoie au fond de la scissure de *Sylvius* une foule de rameaux, parmi lesquels d'assez volumineux pénètrent directement dans les corps striés, et si l'on pousse dans le cerveau une injection solide, on trouve, en coupant ces derniers corps, les vaisseaux qu'on y rencontre aussi gros qu'à leur origine. Cette disposition anatomique explique pourquoi la substance grise doit être plus exposée aux congestions et aux hémorrhagies. On voit dans l'ouvrage de M. *Rochoux* que la remarque de *Morgagni* n'a pas été perdue, malgré l'oubli dans lequel elle était restée jusqu'à ce médecin. Il fixa également son attention sur la fréquence des épanchemens dans la substance grise, et il obtint les résultats suivans : sur quarante-une observations d'épanchemens sanguins, vingt-quatre ont eu lieu dans le corps strié, deux dans la couche optique, un dans le corps strié et la couche optique, un sous le corps strié, total vingt-huit dans le petit espace occupé par la substance grise qui forme ces deux parties du cerveau. Les treize autres ont eu lieu dans des portions de la substance blanche des hémisphères plus ou moins rapprochées des corps striés et des couches optiques, et ont bien pu être le résultat de leur voisinage. Le rélevé de mes observations, qui serait peu concluant, s'il eût été présenté isolé de ceux que je viens de faire d'après *Morgagni* et M. *Rochoux*, acquiert de la force par la conformité qui existe entre lui et les résultats obtenus par ces deux observateurs. Ainsi, dans la quinzième observation, l'altération occupait la couche optique gauche; dans la seizième, c'était le voisinage

de la même partie ; dans la vingt-unième, la couche optique droite était presque entièrement désorganisée, et le siége de l'ancienne attaque occupait à peu près le même endroit du côté opposée. Chez l'individu dont j'ai parlé à l'occasion des kystes apoplectiques, le nouvel épanchement était situé à la partie externe du corps strié, et l'ancien occupait la même place dans l'hémisphère opposé. Dans la vingtième, une partie de la substance médullaire des lobes moyen et antérieur était détruite, mais le corps strié, par son côté externe, était en partie désorganisé ; dans la dix-septième, la substance grise des circonvolutions d'une partie de la scissure de *Sylvius* logeait un caillot ; dans la dix-neuvième, l'épanchement, qui occupait le lobe antérieur, paraissait évidemment produit par la destruction de la portion la plus antérieure du corps cannelé ; enfin la dix-huitième observation nous offre une désorganisation de la substance médullaire du lobe postérieure, encore est-il difficile d'apprécier si c'est de la substance grise ou de la blanche qu'est sorti le sang épanché.

On a très-peu d'exemples d'hémorrhagies du cervelet. *Morgagni* n'en cite qu'un exemple. M. *Bricheteau*, après en avoir rapporté un tiré d'une dissertation du docteur *Heurtault*, en cite un autre qu'il a observé sur un individu dont les deux lobes du cervelet contenaient chacun un épanchement. J'ai trouvé une infiltration sanguine au centre de la protubérance annulaire (21.e observation). Enfin j'ai parlé plus haut de la cicatrice ancienne que m'a offerte à son centre un des prolongemens de la protubérance cérébrale.

On voit, d'après ce que je viens d'exposer sur les résultats que nous donnent l'anatomie et la pathologie relativemement à la fréquence des épanchemens sanguins dans la substance grise, que cette substance possède un degré d'énergie qui n'existe pas dans la médullaire ; que c'est en elle que la circulation est le plus active et que les vaisseaux les plus gros et les plus nombreux pénètrent. Ce simple rapprochement suffit pour expliquer la fréquence des hémorrhagies dans les parties qui en sont composées.

§. IV. *Nature de l'apoplexie.*

Il est facile de voir maintenant que le dernier résultat de l'apoplexie est l'hémorrhagie dans la substance du cerveau ; mais que cette maladie n'arrive pas toujours à ce dernier terme, puisqu'on a vu des individus succomber au seul engorgement vasculaire, qui paraît en être le premier degré, et à l'infiltration, qui semble un commencement d'épanchement, et que même on trouve confondue avec ce dernier dans les observations 15^e^ et 16^e^. M. *Lallemand* considère l'infiltration comme une inflammation dans son état de crudité, et dans les deux observations dont je parle on trouve un mélange de cette altération et d'hémorrhagie. Ne serait-il pas, d'après cela, possible de considérer l'épanchement sanguin comme étant d'une nature analogue à l'inflammation? On a vu par les réflexions de *Morgagni*, par le relevé des observations de M. *Rochoux*, et par celui des miennes, combien les inductions que nous donne l'anatomie sur la structure du cerveau se trouvent en rapport avec l'altération qui nous occupe, et combien elle est fréquente dans la substance grise, en raison du grand nombre de vaisseaux sanguins qui la pénètrent. Je vais comparer aux résultats que j'ai déjà exposés ceux que présente un tableau semblable, dans lequel M. *Lallemand* rapproche entre eux, relativement au lieu du cerveau qu'ils affectent, quarante-un exemples d'inflammation du cerveau, dont le siége existe trente-trois fois dans la substance grise et dans les organes qui en sont principalement formés, tandis qu'il ne se rencontre que huit fois seulement dans la substance blanche. Un pareil rapprochement suffirait seul pour montrer l'analogie et peut-être la dépendance qui existe entre les deux altérations, quand bien même les faits ne viendraient pas en attester l'identité. Si l'on veut relire les observations qui précèdent les 15.^e^ et 16.^e^ observations, dans lesquelles, je le répète, on trouve réunies l'inflammation et l'hémorrhagie, on verra que dans celles-ci le degré d'infiltration est moins avancé, et l'on pourra se

convaincre de l'analogie qui existe entre elles et les deux que je viens de rappeler, quoique le sang ne soit pas encore réuni en foyers distincts. Si l'on remonte ensuite aux premières observations, qui sont des congestions cérébrales très-considérables, il sera facile de s'assurer par l'état d'injection sanguine du cerveau que ces congestions, lorsqu'elles ne sont pas arrêtées par la mort, préludent également à l'infiltration et à l'hémorrhagie.

Au reste, il n'y a pas que dans le cerveau qu'on voit réunis les phénomènes d'inflammation et d'hémorrhagie. J'ai ouvert, dans les premiers jours de juillet, conjointement avec plusieurs médecins de Versailles, un homme qui avait succombé à une hépatite aiguë. J'ai trouvé le foie augmenté de volume, d'un rouge très-foncé, et se déchirant assez facilement. Sa face convexe était couverte de bosselures grosses comme des noix, formant des espèces de foyers plus mous que le reste de l'organe, et occupant la plus grande partie de l'épaisseur de son parenchyme, dans lequel on retrouvait encore quelques traces d'organisation. Les foyers présentaient dans leur intérieur divers aspects; les uns se faisaient seulement remarquer par leur mollesse et leur couleur, qui était un peu plus foncée. Plus loin on en voyait qui contenaient une espèce de sanie; enfin d'autres logeaient, outre la sanie dont je viens de parler, une espèce de caillot de sang noir. Il est à remarquer que l'organe était gorgé de sang, et qu'on ne voyait plus dans certains points de traces des vaisseaux qui le parcourent. Le ventre était rempli de sérosité fortement sanguinolente; l'estomac présentait en outre, sur la face extérieure, une large infiltration sanguine semblable à une ecchymose. J'ai trouvé l'année dernière, chez un vieillard qui avait succombé à une hydrocéphalite, une inflammation de la muqueuse de l'estomac, qui était épaissie et couverte d'une exsudation sanguine, comme dans l'hématémèse; en outre, le colon et le rectum, rétrécis et profondément enflammés, contenaient du sang d'une couleur brûnatre, mêlé dans le dernier de ces intestins à une petite quantité d'excrémens. On voit (obs. 6.e) un enduit muqueux, couleur lie-de-vin à, l'intérieur du duodénum,

épaissi et enflammé. On a trouvé à peu près la même chose (obs. 15.e) dans les petits intestins, également épaissis et enflammés. Dans l'observation 17.e, inflammation très-intense du cœcum et de la portion ascendante du colon, qui étaient d'un rouge brun, et enduits à l'intérieur d'une mucosité sanguinolente. Qu'on se rappelle l'observation de la note 1, p. 81, on ne peut y méconnaître tous les caractères d'une pleurite chronique, accompagnée d'une hémorrhagie de la surface de la plèvre. J'ai ouvert, au mois de juin dernier, l'abdomen d'un homme adulte mort d'une péritonite chronique accompagnée d'ascite : j'ai trouvé le péritoine qui tapisse les parois abdominales et les intestins, granuleux, rouge, s'enlevant et se déchirant facilement. Cette membrane, épaissie généralement de près d'une ligne, contenait dans toute son étendue de petits épanchemens de sang séparés, qui occupaient toute son épaisseur, et formaient une infinité de points semblables à de petites ecchymoses, dont la couleur foncée tranchait avec la teinte rosée des intestins, qui étaient réunis entre eux par des fausses membranes en un paquet qui baignait dans la sérosité environnante. On sait que l'hépatisation du poumon n'est autre chose que l'épanchement de sang qui succède à son inflammation, mais qui ne peut se réunir en foyers distincts, comme dans l'apoplexie, à cause de la quantité de tissu cellulaire qui existe dans le poumon ; tandis que dans le cerveau il ne peut, en raison de sa rareté, opposer une barrière au sang qui tend à s'épancher dans la pulpe molle et délicate de ce dernier organe. C'est peut-être ce qui explique pourquoi si souvent il n'y a pas de transition entre le coup de sang et l'hémorrhagie, et pourquoi le sang se creuse de suite un foyer souvent très-considérable avant que l'inflammation ou l'infiltration ait pu se développer. Je pense donc qu'il est facile d'apprécier combien il y a de points de contact entre l'inflammation et l'hémorrhagie du cerveau, et que ce qui fait que dans cet organe on trouve aussi souvent l'hémorrhagie sans inflammation tient à la différence de cohésion : tandis que si, dans les autres organes, on remarque bien plus souvent l'inflammation que l'hémorrhagie, cela dépend encore de la cohesion,

qui, étant plus considérable dans ces derniers, s'oppose puissamment aux épanchemens.

CHAPITRE IV.

Traitement de l'apoplexie.

Celui qui, retraçant l'histoire d'une maladie, en a décrit le siége, les causes, les symptômes et la marche, n'a rempli qu'imparfaitement la tâche qu'il s'était imposée. Il lui reste à faire connaître une partie bien importante, qui ne doit être que la conséquence rigoureuse à laquelle, en dernier résultat, doivent tendre les efforts du médecin, et sans laquelle l'étude d'une maladie manquerait son but principal, qui est de faire connaître par l'observation les moyens les plus efficaces pour la prévenir ou pour la combattre. Les détails dans lesquels je suis entré dans le cours de cette dissertation peuvent, je crois, faire pressentir sur quel mode de traitement je dois insister davantage, m'appuyant d'ailleurs de l'expérience de ceux qui ont écrit avant moi sur ce sujet, et rapprochant les résultats qu'ils ont obtenus de ceux que j'ai pu observer par moi-même.

J'examinerai donc d'abord les moyens que l'on regarde comme les plus efficaces; je les diviserai en deux classes principales: 1.° remèdes externes; 2.° remèdes internes.

§. I. *Remèdes externes.*

Je vais d'abord décrire ceux-ci, les regardant comme les plus énergiques, et comme les seuls que l'on puisse employer avec quelque espoir de succès au début de l'attaque d'apoplexie, les autres ne pouvant, dans la plupart des cas, être pris par les malades, et certains n'ayant qu'une action très-incertaine, lorsqu'elle n'est pas nuisible.

Saignée. Je placerai donc la saignée au premier rang des moyens

curatifs dont l'efficacité est le moins contestée. Si j'entreprenais d'énumérer ici tous les auteurs qui l'ont conseillée comme le premier moyen et le plus énergique à mettre en usage, je craindrais de donner à cet opuscule une trop grande étendue. *Hippocrate* recommande d'y recourir promptement. *Arétée* s'exprime ainsi au sujet du traitement de l'apoplexie : « *Utpote magno effectui magnum remedium, missio sanguinis est.* » (*De Cur. morb. acut.*, lib. 1. cap. 4.) *Celse* dit au même sujet : *Post sanguinis missionem, si non redit et motus et mens, nihil spes superest. Wepfer*, qui reconnaissait une apoplexie séreuse, ne conseillait la saignée que dans le cas d'épanchement sanguin. *Lieutaud*, qui partage l'opinion de *Wepfer*, ne veut pas qu'on pratique plus de quatre saignées, même chez les sujets vigoureux. *Tissot*, tout en admettant les deux espèces d'apoplexie, saignait cependant dans celle qu'il soupçonnait *séreuse*, se fondant plutôt sur le caractère du pouls que sur les divisions scolastiques. *Valsalva* et *Morgagni* attachent une grande importance à la saignée de la jugulaire du côté de l'épanchement. Le dernier conseille en outre, d'après *Arétée*, *Mead*, *Walter*, etc., l'application à l'occiput de ventouses scarifiées, qu'il regarde comme très-efficaces. M. *Portal* recommande de commencer par les évacuations sanguines, malgré la pâleur de la face, la petitesse du pouls, etc., et quand bien même on soupçonnerait un épanchement séreux. Enfin les auteurs qui, plus récemment encore, ont écrit sur l'apoplexie et les maladies cérébrales, s'accordent généralement à donner la plus grande confiance à la saignée.

Parmi ceux qui l'ont préconisée, les uns conseillent de la pratiquer à la jugulaire, d'autres au pied ou au bras; il en est qui préfèrent l'artériotomie; et M. *Dejean*, professeur de médecine à Caen, a été jusqu'à proposer de saigner le sinus longitudinal supérieur avec la lancette, après avoir trépané le crâne à un des endroits correspondans à ce sinus. Il me semble que les seuls endroits où l'on doit pratiquer la saignée sont, la jugulaire, la saphène, ou les veines du pli du bras, et que même le soulagement que ce moyen procure dépend plutôt de la

quantité de sang que l'on a obtenue et de la largeur de l'incision pratiquée à la veine.

Je crois donc pouvoir avancer qu'en général les émissions sanguines doivent être fortes et fréquentes au début de l'hémorrhagie, et du coup de sang surtout. Il est nécessaire de désemplir subitement les vaisseaux au moyen d'une large ouverture, et l'on voit quelquefois une saignée poussée jusqu'à la syncope procurer à sa suite une amélioration que ne laisseraient souvent pas après elles plusieurs qui n'auraient été que médiocres. Il faut un traitement agissant, franc et énergique ; il ne faut pas de demi-moyens ; le danger est imminent, il faut l'attaquer avec vigueur. Cependant le praticien prendra en considération le tempérament, les habitudes, etc. Ainsi il pourra moins redouter les fortes évacuations sanguines chez les individus pléthoriques, chez ceux qui sont fortement constitués, qui ont été rarement malades, ou qui usent d'alimens copieux et nourrissans; enfin, chez tous les sujets dont la santé est en quelque sorte exubérante. Il sera, au contraire, plus sobre d'émissions sanguines chez les enfans faibles, les vieillards, les personnes affaiblies par des chagrins, des maladies chroniques, etc.

On voit aussi assez souvent, après une première saignée, le pouls qui était petit et faible se relever, et la congestion qui avait cédé à une déplétion subite menacer de reparaître ; il faut ouvrir de nouveau la veine, à moins que l'état de faiblesse extrême du pouls ne soit une contr'indication.

Peut-on remplacer, dans l'apoplexie, la saignée générale par la saignée locale obtenue au moyen des sangsues ou des ventouses scarifiées? Beaucoup de médecins ont une assez grande confiance aux évacuations locales dans des cas de faiblesse générale, de pâleur de la face ; lorsque le pouls est petit, mou et lent, etc., on a vu des sangsues appliquées, à la vérité en assez grand nombre, sur les côtés du cou ou derrière les oreilles, seconder puissamment la saignée générale, en diminuant peut-être la pléthore locale du cerveau. Tout en accordant que ces saignées locales puissent réussir dans quelques

cas, je pense, toutes choses égales d'ailleurs, que la saignée générale a une action plus directe sur la déplétion des sinus, et par conséquent sur celle des vaisseaux de la substance cérébrale. On peut d'ailleurs rapprocher le cas dont il s'agit de la péripneumonie, qui, comme on sait, se combat plus sûrement par les saignées à larges ouvertures ; car il est reconnu que les sangsues sont plus convenables pour les organes *plats* et riches en capillaires, que pour les organes *parenchymateux*, qui contiennent des vaisseaux qui sont davantage sous l'influence de la circulation générale et qui se trouvent soulagés plus vite par la saignée des veines de la pléthore locale qui les embarrassait.

Je crois, en outre, et l'expérience le démontre, que les saignées locales augmentent très-souvent l'irritation au lieu de la diminuer, si avant on n'a pas fait une ou plusieurs saignées générales. Le savant professeur *Barthez*, dans un mémoire où il établit l'utilité de ce précepte, chez les sujets pléthoriques, s'exprime en ces termes : « Lorsque, dans une partie, la fluxion est imminente, qu'elle s'y « forme et s'y continue avec activité, on doit lui opposer des évacua- « tions et des attractions *révulsives*, c'est-à-dire éloignées de l'organe « malade.

« Au contraire, lorsque la fluxion est parvenue à l'état fixe dans « lequel elle se continue avec une activité beaucoup moindre qu'au- « paravant, ou lorsqu'elle est devenue faible et habituelle, on doit « en général préférer les attractions et les évacuations *dérivatives*, « ou qui se font dans les parties voisines de l'organe malade qui est le siége de la fluxion.

« Après avoir fait précéder les révulsions et les dérivations qui « sont indiquées, il faut souvent recourir à des attractions ou à des « évacuations qu'on appelle *locales*, parce qu'elles se font dans les « parties le plus voisines qu'il est possible de celles où se termine la « fluxion. »

Les anciens avaient remarqué les inconvéniens de la saignée locale chez les individus pléthoriques. *Hippocrate* conseillait de la faire pré-

céder par la saignée générale. On combat, à l'article *fièvre* du Dictionnaire des sciences médicales, l'habitude que quelques médecins ont prise de remplacer la saignée générale par l'application de quelques sangsues aux jambes, aux bras, etc. On a vu le sang tiré par les sangsues ne couler que lorsqu'une saignée générale était venue dissiper l'éréthisme local qu'elles entraînent toujours après elles, lorsqu'on n'en applique qu'une petite quantité. M. le professeur *Marjolin* disait, dans un de ses cours de chirurgie, que les sangsues appliquées dans l'ophthalmie, en trop petite quantité sur les paupières, avaient quelquefois eu un succès très-marqué ; que le plus souvent cette saignée locale était suivie d'une inflammation plus vive. Il paraît, ajoutait cet habile praticien, que les piqûres des sangsues n'évacuent pas autant de sang qu'elles en font affluer dans la partie malade. Ce qui vient d'être dit des sangsues peut s'appliquer aux ventouses scarifiées. Ainsi, en résumant ce que je viens d'exposer d'après l'expérience et l'observation de différens auteurs, il résulte que les saignées locales ne sont pas sans inconvéniens dans la maladie qui nous occupe ; qu'elles ne conviennent qu'après une ou plusieurs saignées générales ; qu'elles peuvent même être nuisibles, si on les emploie d'abord chez les sujets pléthoriques : qu'elles ne conviennent que pour les organes plats et riches en capillaires, et que même, dans ce dernier cas, il faut appliquer une assez grande quantité de sangsues, afin que l'évacuation qui doit en résulter soit assez considérable pour combattre l'irritation locale déterminée par les piqûres.

Maintenant que je crois m'être assez étendu sur l'utilité de la saignée, qu'il me soit permis d'aborder une question qui se présente tout naturellement, et qui est assez importante pour être un peu discutée. Faut-il, malgré la plénitude de l'estomac dans l'apoplexie survenue après un repas copieux, pratiquer de suite la saignée ? Je pense que la réponse doit être affirmative. Il est une chose incontestable, c'est qu'il faut agir, et qu'il faut le faire promptement, si l'on ne veut s'exposer à laisser périr le malade: il est certain que le moindre retard peut lui devenir funeste. Je sais qu'il existe dans le monde, et

peut-être parmi quelques médecins, un préjugé qui fait regarder la saignée après le repas comme mortelle. Des praticiens distingués, au nombre desquels je citerai M. *Portal*, se sont vus accusés d'avoir tué leurs malades pour avoir débuté par la saignée au lieu de leur donner l'émétique, comme on le faisait habituellement. Ainsi on craint que la saignée ne tue les malades en provoquant une indigestion mortelle, et l'on ne craint pas de leur faire avaler de fortes doses d'émétique pour les faire vomir et débarrasser l'estomac. Et qu'est-ce autre chose que le vomissement, dans ce cas, si ce n'est une véritable indigestion? D'ailleurs on sait que l'action de l'émétique est presque entièrement nulle sur la sensibilité de l'estomac; ainsi on le donne en pure perte, on laisse écouler un temps précieux qui serait mieux employé à agir différemment, et pendant lequel le mal ne fait qu'augmenter. Il est constant que, lorsqu'on donne l'émétique, on a l'intention de faire vomir; il est également constant que ceux qui s'opposent à la saignée craignent le vomissement; comment se fait-il qu'un effet qui est toujours le même puisse être mortel dans un cas et salutaire dans l'autre? Admettons maintenant que le vomissement soit utile : croit-on qu'on l'obtiendra plus facilement par l'émétique que par la saignée? Ne sait-on pas que cette dernière peut encore plus facilement le provoquer? Si, dans ce dernier cas, on l'obtient, n'aura-t-on pas d'abord désempli les veines du cerveau, et débarrassé en même temps l'estomac? L'émétique, s'il eût pu faire vomir, aurait-il eu le même effet? n'aurait-il pas augmenté la congestion cérébrale au lieu de la diminuer? D'ailleurs il est prouvé par un assez grand nombre de faits que la saignée, dans le cas dont il s'agit, ne produit pas toujours le vomissement, et que même il n'a lieu, quand on a donné l'émétique, que lorsqu'une évacuation sanguine est venue, en diminuant la compression de l'encéphale, ramener à son type la sensibilité de l'estomac, et lui permettre de percevoir l'action irritante des médicamens qu'on y a introduits.

On dira que des individus apoplectiques à la suite d'un repas sont morts après avoir été saignés : cela est vrai. Mais n'avait-on pas affaire

à des apoplexies violentes? le malade aurait-il péri moins vite, si la saignée n'eût pas été pratiquée? Je crois que non. De quel poids est d'ailleurs la crainte d'une indigestion incertaine dans une maladie aussi redoutable? On s'est trop attaché à cet axiome, *sublatâ causâ, tollitur effectus* Ici il est bien plus important de combattre l'effet, qui n'est autre chose que la compression du cerveau par l'engorgement de ses vaisseaux, lorsque l'épanchement ne s'est pas effectué. Quel moyen est plus certain et plus efficace que la saignée? Eh quoi! parce que, dans quelques cas, elle n'a pas eu le succès qu'on en attendait, est-ce une raison pour la regarder comme dangereuse? Peut-elle, par exemple, arrêter les progrès effrayans de l'épanchement qui résulte de la rupture d'un vaisseau de la substance cérébrale? Non, elle peut tout au plus le retarder. Je le demande, que fera-t-on dans un cas semblable? Accordera-t-on à l'émétique la propriété de diminuer la congestion ou l'épanchement, soit qu'on veuille le faire agir ou comme vomitif ou comme révulsif? Je ne le crois pas. Que reste-t-il donc a faire? Attendre de la méthode expectante le soulagement du malade?... On sent combien une pareille conduite serait blâmable et contraire à tous les principes. Je ne vois donc toujours que la saignée comme le moyen le plus rationnel et le plus approprié à la nature de la maladie, et surtout à son début, et je ne regarde pas la plénitude de l'estomac comme une contr'indication. J'ajouterai seulement qu'il serait bien plus avantageux qu'il fût vide d'alimens, parce qu'on doit toujours, dans des cas semblables, craindre le vomissement, qu'il soit provoqué par la saignée ou qu'il le soit par l'émétique. Seulement, dans le premier cas, la congestion sera nécessairement moins considérable. Je crois inutile d'insister davantage sur l'innocuité de la saignée dans l'apoplexie survenue après le repas. Je pourrais m'appuyer de faits nombreux tirés des ouvrages de différens praticiens recommandables, dans lesquels son utilité a été mise hors de doute par le succès.

Des dérivatifs et des révulsifs employés à l'extérieur.

J'ai dit, au commencement de ce chapitre, que l'on devait ici compter davantage sur les agens qu'on emploie à l'extérieur que sur ceux qu'on administre en boissons. Je vais en conséquence les décrire à la suite de la saignée, et les ranger d'après leur importance et l'énergie de leur action. Je comprendrai dans cette classe les médicamens topiques, réfrigérans, rubéfians, vésicans, etc.

Glace. On connaît assez généralement les heureux effets obtenus par les applications froides, et surtout par la glace, dans les affections du cerveau et de ses membranes. Ce moyen, qui est un des plus énergiques, peut également convenir dans l'hémorrhagie cérébrale; il peut très-bien la ralentir, ou même l'arrêter. La meilleure manière de l'employer est de mettre la glace pilée dans une vessie, afin de ne mouiller ni le lit ni le corps du malade. On fait en sorte que cette vessie ne soit qu'à moitié remplie, et privée de tout l'air qu'elle pourrait encore contenir; par ce moyen, on en forme plus facilement une calotte, qui s'accommode mieux à la convexité de la tête : on ne la retire que quand la glace est entièrement fondue; alors la tête du malade est froide. Mais lorsqu'on voit que la peau de cette partie a de la disposition à se réchauffer, on recommence l'emploi de la glace, afin de prévenir l'effet fâcheux que pourrait entraîner à sa suite la réaction produite par l'effet d'un froid trop vif appliqué sur nos organes. Ce moyen a aussi l'avantage précieux de pouvoir être employé dans un cas de débilité extrême, lorsqu'on ne peut plus avoir recours à la saignée. Il diminue la pléthore locale du cerveau, et n'agit pas sur la quantité du sang qui reste après les fortes évacuations de ce liquide. Il a cependant l'inconvénient, lorsque le malade ne peut se réchauffer, de déterminer des congestions dans d'autres organes, dans le poumon principalement; mais ce désavantage est compensé par l'utilité presque constante de son emploi après qu'on a tiré du sang, et même pour y suppléer.

Les affusions froides sont aussi très-convenables: mais, outre qu'elles mouillent trop le malade, qu'elles sont moins commodes à employer, leur effet est moins énergique et moins sûr que celui de la glace.

Il y a des praticiens qui ont employé ces affusions et même la glace avec succès, en tenant le reste du corps plongé dans un bain chaud.

Sinapismes. Viennent ensuite les topiques rubéfians. Celui que l'on emploie le plus souvent est un mélange de farine, de moutarde et de vinaigre, dont on forme une espèce de pâte, nommée *sinapisme.* On l'étend sur des linges carrés; on en forme des espèces de cataplasmes de différentes dimensions, que l'on applique principalement aux extrémités inférieures, telles que les cuisses, les jambes, les pieds. On établit ainsi par l'irritation qu'y produit la rubéfaction de ces parties une dérivation d'autant plus considérable et d'autant plus vive que ces sinapismes occupent un plus grand espace, et qu'on les laisse plus long-temps appliqués. Cependant ces moyens, qui, dans beaucoup de cas, sont très-convenables, et secondent puissamment les émissions sanguines et les applications froides, pourraient devenir nuisibles, s'ils étaient employés sans discernement, si l'on ne tenait pas compte de la sensibilité plus ou moins vive des différens individus, et si l'on omettait certaines précautions avant de les mettre en usage. On sait que souvent ils irritent les malades malgré qu'on ait fait préalablement des évacuations sanguines, à tel point qu'on est obligé de les retirer pour éviter les accidens qui résulteraient des douleurs que cause leur action trop prolongée. Aussi est-il généralement reconnu que même ils ne réussissent qu'après qu'on a tiré du sang, et que, si l'on n'avait pas cette précaution, au lieu de détourner un mouvement fluxionnaire fixé sur un organe essentiel à la vie, on ne ferait qu'augmenter l'énergie du mal par l'éréthisme que développe leur application chez quelques sujets irritables. On voit même un pédiluve irritant augmenter la

fièvre chez des malades très-sanguins, si l'on n'a eu préalablement le soin de tirer du sang.

En général, on ne doit pas développer sur les membres où on emploie les sinapismes une irritation trop étendue, à moins que les malades ne soient plongés dans le coma, et qu'ils soient dans l'insensibilité; car, dans le cas contraire, l'effet qu'on se propose serait manqué, et on ne ferait que produire un état d'irritation générale, qui, au lieu de déplacer celle qui existe localement, ne ferait que l'exaspérer davantage.

Vésicatoires, *cautères*, etc. Ce qui vient d'être dit pour les sinapismes peut être applicable aux vésicatoires; je crois cependant que, toutes choses égales, il vaut mieux, dans la plupart des cas, employer la moutarde, dont l'action excitante est plus circonscrite que celle des cantharides, qui, outre leur effet local, en exercent un sur l'économie, qui est très-énergique, et qui peut devenir très nuisible.

On a retiré de très-grands avantages de l'eau bouillante, appliquée comme vésicatoire dans des cas désespérés; son action vive et instantanée me paraît plus locale, et doit avoir une très-grande influence sur la sensibilité de la partie qui l'éprouve.

La pommade ammoniacale, employée dans la même intention, a souvent une action très-prompte et très-efficace.

Comme on ne peut parler ici que d'une manière indéterminée, c'est au praticien à saisir les nuances que présentent l'âge, le tempérament, les différentes circonstances dans lesquelles se trouve la malade, et surtout la sensibilité, qui joue un si grand rôle dans la révulsion, et présente des degrés si variés.

Des praticiens distingués ont en outre conseillé les cautères, les moxas, les sétons, l'urtication, les frictions irritantes, etc. Je pense que les premiers moyens que j'ai decrits conviennent au début et dans les premiers jours qui le suivent; mais que les autres sont principalement applicables pour combattre la paralysie et les infirmités qu'entraîne à sa suite cette terrible maladie, pour même prévenir la réci-

dive, en entretenant un point d'irritation permanente dans un lieu éloigné du cerveau.

J'aurai peu de choses à dire de l'électricité, considérée comme moyen curatif des suites de l'apoplexie. *Dehaën* a beaucoup employé ce moyen, et il a consacré plusieurs chapitres, dans son traité intitulé *Ratio medendi*, au récit des avantages qu'il en a retirés. Depuis lui, des essais nombreux ont été tentés par les médecins modernes, et il resulte de leurs expériences que ce moyen, qui a pu être bon dans quelques paralysies partielles qui ne dépendaient pas d'un épanchement au cerveau, a toujours été infructueux, et même nul, dans celles qui reconnaissent pour cause les anciennes cavernes apoplectiques.

Tels sont les moyens curatifs externes que l'on peut raisonnablement employer contre cette maladie ou ses suites. Je n'ai pas parlé des ligatures fortement serrées aux jambes, conseillées par plusieurs médecins, au nombre desquels on compte *Lieutaud*, ni des exercices violens auxquels on soumet les malades, et qui consistent à les faire marcher sur le pavé, à les secouer violemment, à les mettre dans une voiture, et même à tirer auprès d'eux un coup de fusil, afin de les éveiller, etc. J'ai omis également l'emploi du soufre enflammé et des autres odeurs suffocantes qu'on leur met sous les narines, regardant tous ces moyens comme très-dangereux, et pouvant dans tous les cas aggraver la maladie.

§. II. *Moyens curatifs employés à l'intérieur.*

Je comprendrai sous cette dénomination l'émétique, les purgatifs, les boissons, et l'emploi de la noix vomique.

De l'émétique. Ce médicament doit-il être employé dans l'apoplexie pour seconder les évacuations sanguines, soit qu'il agisse comme vomitif, soit qu'on veuille le donner comme révulsif? Je me contenterai d'ajouter à ce que j'ai déjà dit sur les dangers du vomissement l'opinion de divers praticiens célèbres. *Cullen* s'exprime ainsi à ce sujet (Méd.

prat., proposit. 1,134) : « Des praticiens et des auteurs ont recommandé le vomissement ; mais je n'ai jamais cherché à l'exciter, de crainte qu'il ne poussât le sang avec trop de vitesse vers la tête. » On peut surtout citer *Tissot* (Avis au peuple), qui le proscrit toujours, et qui ne veut pas même qu'on aide le vomissement par de l'eau tiède. *Lieutaud*, en parlant des émétiques, dit qu'ils sont très-suspects, et peut-être, ajoute-t-il, ferait-on bien de les bannir absolument, etc. M. *Portal* les regarde comme dangereux, et au moins inutiles. M. le professeur *Boyer*, dans son Traité des maladies chirurgicales, s'exprime ainsi : « Mais autant ce remède peut être avantageux contre la « stupeur, autant il est redoutable dans les cas d'épanchemens sanguins, ou lorsque les vaisseaux regorgent de sang; car, en accélérant la circulation, en déterminant l'afflux du sang vers les parties « supérieures, il augmenterait la distension des vaisseaux, et pourrait « donner lieu à leur rupture; ou si l'épanchement existait déjà, il le « rendrait plus promptement mortel, en causant une plus grande effusion de sang. Aussi les praticiens éclairés n'usent ils des vomitifs, dans les cas de commotion du cerveau, qu'avec la plus grande « circonspection; et lorsqu'ils croient devoir y recourir, ils ne les « administrent qu'après avoir pratiqué une ou plusieurs saignées. » M. le professeur *Alibert*, en parlant de l'effet des émétiques, pense que « leur irritation peut frapper avec excès les différens systèmes de « notre économie, et déterminer, dans quelques cas, des flux hémorrhagiques, des phlegmasies, des spasmes, des convulsions, des « vertiges, des suffocations, et beaucoup d'autres accidens, etc. » M. le professeur *Landré-Beauvais* pense que, dans les commotions du cerveau, dans les inflammations de ce viscère, il est ordinaire d'observer des vomissemens qui ne font qu'augmenter les accidens et le danger. J'ai rapporté plus haut, en parlant des causes, l'opinion de *Morgagni* à cet égard. Je crois avoir démontré par un assez grand nombre d'autorités respectables que le vomissement est nuisible dans l'apoplexie, même après avoir tiré du sang. Je n'insisterai pas davantage, et je passe à l'emploi de l'émétique comme révulsif.

Des praticiens recommandables, au nombre desquels on compte *Desault*, ont obtenu des succès en donnant ce sel comme révulsif, sur le canal digestif; mais il est probable que, toutes les fois qu'il a réussi il était donné en lavage comme purgatif, et dissous en petite dose dans une grande quantité d'eau. *Desault* en prescrivait ordinairement un grain dans une pinte d'eau. Cependant je crois que les succès qu'on a pu obtenir dans quelques cas ne doivent pas autoriser à l'employer dans toutes les apoplexies, que les circonstances où il est d'une utilité réelle sont très-restreintes, et que dans celles ou il a réussi on eût peut-être obtenu le même succès sans son emploi. On sait que ce sel, donné à forte dose, a une action très-vive sur tout le canal digestif; des expériences nombreuses faites sur les animaux vivans prouvent qu'il peut causer des désordres très-graves. M. *Magendie* fait remarquer que c'est principalement lorsqu'il ne provoque pas le vomissement qu'il occasionne des accidens; et M. le professeur *Orfila* observe, dans son Traité des poisons, que, si le tartrate de potasse antimonié à des doses considérables ne produit pas d'accidens fâcheux, il doit cet avantage à ses propriétés éminemment émétiques. Dans ce cas, il est rejeté avant d'avoir été absorbé en assez grande quantité pour porter son action délétère sur les organes gastriques et pulmonaires. Maintenant, si l'on considère que dans l'apoplexie, où on l'emploie si souvent à haute dose, le vomissement n'a presque jamais lieu, on ne s'étonnera pas des désordres que l'on trouve dans l'abdomen de ceux à qui on l'a administré. M. *Serre* ouvrit dix individus apoplectiques dont quatre avaient été traités par l'émétique, et les six autres par les lavemens purgatifs. « Sur les quatre premiers, je rencontrai, « dit-il, l'estomac et le jéjunum dans un état de phlogose la plus in- « tense; la membrane muqueuse se détachait par lambeaux, laissant « à nu la membrane musculeuse; quelques taches noirâtres étaient « disséminées çà et là dans l'intestin grêle; la membrane péritonéale « était partiellement phlogosée sur deux. Sur ceux qui, n'ayant pu « rien avaler, avaient été traités par des lavemens purgatifs, l'estomac « et les intestins grêles n'offraient aucune altération sensible, mais

« tous les gros intestins depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'à la fin « du rectum étaient contractés ; la membrane interne foncée noire, « pelliculeuse ; des plaques d'un pouce et de dix-huit lignes flot- « taient dans leur intérieur. Les membranes musculeuse et péri- « tonéale participaient aussi à cette vive inflammation. »

M. *Lallemand* rapporte les observations de huit individus traités par l'émétique, et chez lesquels on trouva les mêmes désordres dans l'estomac et les intestins ; et comme dans la plupart il a suivi le traitement jour par jour, il a remarqué que, chaque fois qu'on donnait ce médicament, les accidens s'exaspéraient, soit par le vomissement, soit par la fièvre intense qui se développait. « Si, ajoute M. *Lallemand*, un grain d'émétique délayé dans une pinte d'eau, et pris dans la journée, peut produire plusieurs selles, jugez de l'effet que peuvent produire sur l'estomac quatre grains dissous dans un véhicule peu abondant; et soyez étonné après cela des inflammations qu'on trouve sur la muqueuse, de la rougeur, de la sécheresse de la langue, en un mot, des fièvres adynamiques qui se manifestent si souvent à la fin des affections cérébrales, et en particulier des apoplexies, etc., surtout si vous réfléchissez que, quand on aperçoit cette rougeur, cette sécheresse de la langue, comme le ventre est *souple, indolent*, on administre les toniques les plus énergiques avec une grande sécurité. »

Ainsi on voit, d'après ce que je viens d'exposer, que l'émétique, donné à la dose ordinaire, et à plus forte raison à haute dose, augmente même, lorsqu'il ne fait pas vomir, le danger de l'apoplexie, en déterminant par son action éminemment irritante une inflammation de la muqueuse des voies digestives, et en ajoutant ainsi, dans quelques cas où son action a été très-prononcée, une complication grave à une maladie qui l'est déjà beaucoup par elle-même.

Des purgatifs. Ce que je viens de dire pour l'émétique peut également s'appliquer aux purgatifs, et surtout aux drastiques, que l'on emploie si fréquemment en potions ou en lavemens. Je crois que, lorsqu'on juge un purgatif convenable, on doit le donner plutôt

dans le but d'évacuer les gros intestins des matières qu'ils pourraient contenir que dans celui de déterminer sur eux une vive révulsion, dont on ne peut d'ailleurs jamais calculer l effet, ou bien dans le cas où on n'a pas à craindre qu'une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale s'exaspère sous l'influence irritante de ce médicament. Je pense en outre que, quand on juge convenable d'employer les purgatifs, ils doivent être pris parmi ceux qui n'ont pas sur les intestins une action trop vive.

Boissons. Les seules boissons que l'on doive employer au début et pendant la durée de l'apoplexie sont les boissons relâchantes, telles que la limonade, l'orangeade, l'eau d'orge, l'oxycrat, l'hydromel, l'orgeat, etc. On rejetera les sudorifiques et les boissons excitantes, telles que les infusions d'arnica, de sauge, de mélisse, de café, etc., ainsi que les potions toniques, dont l'action serait d'accélérer le cours du sang. Je n'entreprendrai pas ici de détailler tout ce qui a été ordonné pour combattre l'apoplexie. La connaissance exacte de la nature de cette maladie a fait rejeter de son traitement une infinité de médicamens, dont quelques-uns n'auraient été que ridicules, s'ils n'eussent pas été nuisibles, soit en stimulant trop le cerveau et la circulation, soit en faisant perdre un temps précieux en pareille occasion par la nullité d'action de quelques-uns qui jouissaient d'un grand crédit.

Enfin on a conseillé, pour combattre les suites de l'apoplexie, l'usage des remèdes toniques, tels que les ferrugineux, les amers, les spiritueux, les sudorifiques, les potions toniques et fortifiantes, les bons vins, etc.; les eaux minérales, purgatives, excitantes et toniques. Mais si ce mode de traitement a pu être utile dans quelques cas particuliers, combien plus souvent ne peut-il pas être funeste par son action sur la circulation, surtout pour les individus chez lesquels la maladie dont on veut enlever les restes, prédispose le cerveau à de nouvelles congestions par l'irritation que produit dans la substance cérébrale le caillot imparfaitement absorbé!

Noix vomique. J'ai déjà parlé de l'emploi infructueux de l'électricité par quelques auteurs recommandables pour combattre l'hémiplégie qui succède souvent à l'apoplexie. Vu l'insuffisance de ce moyen, M. le professeur *Fouquier*, d'après des expériences qui prouvent que la noix vomique détermine une sorte de tétanos artificiel sur les animaux, fut conduit il y a quelques années à essayer cette substance en extrait alcoholique, qu'il emploie à la dose de quelques grains en commençant, et qu'il fait monter à quinze ou vingt grains. Cet habile praticien a remarqué qu'une dose très-légère détermine un état de spasme qui se borne seulement aux parties paralysées; et il a obtenu des succès marqués dans un certain nombre de paralysies, lorsque surtout les causes de ces affections pouvaient être détruites. Mais les succès n'ont pas toujours été aussi marqués dans les cas où la perte de la myotilité était produite par des cavernes apoplectiques plus ou moins anciennes; car, sur quinze individus traités par ce moyen, un seul a été guéri. Cependant, quoique ce médicament ne produise pas toujours l'effet qu'on devrait en attendre, il est certain que, s'il ne réussit pas toujours dans l'apoplexie, il a eu des succès dans d'autres paralysies qui ne tenaient pas à cette maladie, et que la découverte de son action peut être très-précieuse, et devenir très-utile dans quelques circonstances. Je crois donc qu'il doit être employé avec beaucoup de circonspection et d'habileté dans l'hémorrhagie cérébrale, et que même il peut être très-dangereux dans des mains peu exercées. Quelques personnes pensent en outre qu'il peut agir fortement sur la muqueuse de l'estomac, surtout si, avant son administration, cet organe était déjà enflammé: il est donc important de s'assurer de l'état des premières voies avant de la donner. M. *Lallemand* (lettre 2.^e^) parle de deux individus qui sont morts pendant l'emploi de la noix vomique, et chez lesquels il a trouvé la substance cérébrale qui environnait le caillot désorganisée, d'une mollesse diffluente, et cela dans une grande étendue.

§. III. *Traitement préservatif.*

La gravité de cette maladie, dans la plupart des circonstances, doit rendre attentives les personnes qui en sont menacées par leur constitution à éviter tout ce qui pourrait la déterminer, et éloigner par une conduite en rapport avec les moyens hygiéniques habituels toutes les causes qui pourraient agir sur leur prédisposition. Aussi rejetons les poudres préservatives, les amulettes, les eaux anti-apoplectiques, etc., et ne nous occupons que de tout ce que conseillent l'hygiène et le simple raisonnement. Ainsi les vieillards surtout, qui après soixante ans sont plus exposés à l'apoplexie, éviteront toute espèce d'excès; les repas copieux, surtout le soir; la veille ou le sommeil trop prolongés; ils prendront un exercice modéré, fuiront les plaisirs de Vénus, et ne se livreront pas à de fortes contentions d'esprit, etc.

Les sujets forts, vigoureux et replets, éviteront les alimens trop nourrissans, ainsi que les boissons excitantes et alcoholiques, etc.; enfin ils se soustrairont, autant que possible, à toutes les causes qui pourraient déterminer une congestion sanguine, ou une pléthore locale au cerveau.

Il est nécessaire également d'entretenir le ventre libre par des lavemens, etc.

Les frictions sèches et tous les moyens propres à déterminer sur la peau et aux extrémités une certaine excitation seront également convenables; on ne négligera pas d'entretenir les exutoires qui seraient appliqués depuis un certain temps, ainsi que les évacuations périodiques qui se supprimeraient, et auxquelles il faudrait remédier. Quelques médecins conseillent l'emploi des médicamens. Je pense que les seules règles de l'hygiène doivent suffire, à moins qu'une disposition imminente à la congestion n'ait lieu; alors la saignée est le premier moyen préservatif de l'apoplexie, surtout chez les personnes replètes.

Qu'il me soit permis, avant de terminer, d'exposer quelques ré-

flexions que m'a inspirées la lecture des moyens que quelques auteurs conseillent pour prévenir l'apoplexie, comparés à ceux qu'ils recommandent contre l'hémiplégie, qui en est la suite. En effet, comment accorder entre elles deux méthodes qui paraissent entièrement opposées? Ainsi, dans la première, qui a pour but de prévenir une première attaque d'apoplexie, on proscrit avec raison tous les alimens, toutes les boissons qui pourraient exciter la circulation. Les viandes noires, les ragoûts épicés, les aromates, les liqueurs alcoholiques, etc., sont exclus, et remplacés par un régime doux et peu excitant; tandis que dans la seconde, qui est dirigée contre une hémiplégie causée par une apoplexie confirmée, et que par conséquent on doit bien plus s'attendre à une récidive redoutable (tandis qu'on ne peut tout au plus qu'entrevoir une attaque chez ceux qui n'en ont jamais été atteints), on conseille un traitement essentiellement stimulant, tel que les infusions d'arnica, de feuilles d'oranger, de sauge, de romarin, de lavande, de mélisse, de menthe, de serpentaire de Virginie, de *calamus aromaticus*, de valériane, de quinquina, etc., dont on accroît encore les vertus excitantes en les animant avec les éthers sulfurique, nitrique, etc., ou l'acétate, ou le carbonate d'ammoniaque, les alcohols de genièvre, de cannelle ou de gayac, etc.: on y ajoute quelquefois le musc, le camphre, ou le castoréum. Il me semble maintenant que, si, dans le premier cas, on a raison de craindre une apoplexie, et que, si on conseille, pour la prévenir, le régime le moins tonique et le moins excitant, il me semble, dis-je, qu'à plus forte raison, lorsqu'on a toutes les raisons possibles pour redouter une récidive, on doit s'abstenir encore bien davantage de moyens excitans, au lieu d'en conseiller l'usage, et même l'abus. Je pense donc que les deux méthodes ne sont pas conséquentes entre elles, et que les moyens devraient être les mêmes dans toutes les circonstances, surtout lorsqu'on voit que les excitans dirigés contre une attaque ancienne seraient proscrits, et regardés comme dangereux, si ceux qui en font usage n'avaient présenté que la constitution propre au développement de l'apoplexie, et n'en eussent pas été attaqués.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Sect.* 5, *aph.* 42.

II,

Apoplexiæ contingunt hyeme. *Sect.* 5, *aph.* 23.

III.

Apoplectici autem fiunt maximè ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 27.

IV.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

V.

Torpores et sensûs privationes si fortè inciderint, futuræ apoplexiæ signa sunt. *Coac. prænot.*